

Cilly Schwerdt

ENTWICKLUNG, DURCHFÜHRUNG UND ÜBERPRÜFUNG
EINES INTEGRATIVEN KONZEPTS
ZUR PARTNERTHERAPIE
AUF DER BASIS DER VERBESSERUNG
VON DYADISCHER INTERAKTION

1980

1981



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41555410_0003

Psychologie

ENTWICKLUNG, DURCHFÜHRUNG UND ÜBERPRÜFUNG
EINES INTEGRATIVEN KONZEPTS ZUR PARTNERTHERAPIE
AUF DER BASIS DER VERBESSERUNG VON DYADISCHER INTERAKTION

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades
der
P h i l o s o p h i s c h e n F a k u l t ä t
der
Westfälischen Wilhelms-Universität
zu Münster (Westf.)

vorgelegt von
Cilly Schwerdt
aus Regensburg

1980



Tag der mündlichen Prüfung:.. 10.12. 1980

Dekan: Prof. Dr. M.E. Brockhoff

Referent: Prof. Dr. Hanko Bommert

Korreferent: Prof. Dr. Peter Fiedler

Herrn Professor Dr. Hanko Bommert danke ich herzlich für seine unterstützende Betreuung und Beratung während der gesamten Arbeit.

Weiterhin danke ich den Klientenpaaren und den zahlreichen Studenten, die an dieser Untersuchung mitgearbeitet haben. Besonders nennen möchte ich hier: Reiner Hardt, Gerburg Kemper, Monika Nentwig, Rainer Opitz, Edith Reimann, Christiane Seebaß und Hubert Smolka.

Von Roswitha Kallabis erhielt ich verlässliche und unermüdliche Hilfe beim Auswerten der Daten.

Besonders danke ich Werner Theis für seine durchgängig motivierende Unterstützung.

I N H A L T S V E R Z E I C H N I S

Seite

E I N L E I T U N G

1

<u>TEIL I:</u>	<u>ENTWICKLUNG EINES KONZEPTS ZUR INTEGRA-</u> <u>TIVEN PARTNERTHERAPIE AUF DER BASIS DER</u> <u>VERBESSERUNG VON DYADISCHER INTERAKTION</u>	10
A.	THEORETISCHE GRUNDLAGEN	10
1.	VORÜBERLEGUNGEN ZUR INTEGRATION UND KOMBINATION VON METHODEN	10
2.	THEORETISCHER RAHMEN DES KONZEPTS	22
2.1.	Auswahl der Therapieformen für das integrative Konzept	25
2.2.	Die Verbesserung von dyadischer Interaktion aus der Sicht verschiedener Therapieformen	28
2.2.1.	Die Verbesserung von dyadischer Interaktion aus der Sicht der Gesprächspsychotherapie	29
2.2.2.	Die Verbesserung von dyadischer Interaktion aus der Sicht der Kommunikationstherapie	42
2.2.3.	Die Verbesserung von dyadischer Interaktion aus der Sicht der Verhaltenstherapie	49
2.3.	Klientenziele und Therapeutenverhaltens- weisen für eine integrative Partnertherapie auf der Basis der Verbesserung von dyadischer Interaktion	53
B.	ABLEITUNG DER KLIENTENZIELE UND DER THERAPEUTENVERHALTENSWEISEN	56
1.	KLIENTENZIELE	56
1.1.	Allgemeine übergreifende Ziele	58

	Seite
1.2. Spezielle Ziele	60
1.2.1. "Sich selbst mitteilen können"	61
1.2.1.1. "Selbstexploration"	62
1.2.1.2. "Wünsche äußern"	65
1.2.2. "Auf den anderen eingehen können"	68
1.2.2.1. "Verbalisierung emotionaler Erlebnis- inhalte"	68
1.2.2.2. "Nachfragen/Klären"	71
1.2.3. "Über die Kommunikation selbst reden können"	72
1.3. Zusammenfassende Betrachtung der Klientenziele	74
2. THERAPEUTENVERHALTENSWEISEN	80
2.1. Therapeuten-Verhaltensweisen, die durchgängig realisiert werden sollen	80
2.1.1. Echtheit/Selbstkongruenz	83
2.1.2. Positive Wertschätzung und emotionale Wärme	84
2.1.3. Modellverhalten der Therapeuten	86
2.2. Spezielle Therapeuten-Verhaltensweisen	87
2.2.1. "Verbalisierung emotionaler Erlebnis- inhalte"	87
2.2.2. "Metakommunikation"	90
2.2.3. "Organisierung"	94
2.2.4. "Übungen"	99
2.3. Zusammenfassende Betrachtung der Therapeutenverhaltensweisen	107
3. DAS GESAMTKONZEPT IM ÜBERBLICK	113

<u>TEIL II:</u>	<u>PRAKTISCHE DURCHFÜHRUNG</u>	120
1.	FORSCHUNGSSTRATEGISCHE ÜBERLEGUNGEN	120
1.1.	Zur Prozeßforschung und Erfolgskontrolle in der Therapie	120
1.2.	Zu den Erfolgskriterien und Erhebungsmethoden	121
1.3.	Das Kontrollgruppenproblem	124
2.	GESAMTÜBERBLICK ZUM UNTERSUCHUNGSABLAUF	127
3.	THERAPEUTENTRAINING	130
3.1.	Konzeption und Durchführung des Trainings	130
3.1.1.	Wahl der Ausbildungskandidaten	131
3.1.2.	Dauer und Intensität	132
3.1.3.	Zu den Ausbildungsinhalten	133
3.1.4.	Didaktisch-methodisches Konzept	135
3.1.5.	Ausbildungsmethoden	138
3.2.	Ergebnisse der Veränderungen des Therapeutenverhaltens	144
3.2.1.	Subjektive Einschätzung der Therapeuten	144
3.2.2.	Fremdeinschätzung des Therapeutenverhaltens	147
3.3.	Konsequenzen	150
4.	SPEZIFISCHE ANGABEN ZUR THERAPIEPHASE	153
4.1.	Beschreibung der Klienten- und Therapeutenpopulation	153
4.1.1.	Klientenpopulation	153
4.1.2.	Therapeutenpopulation	156
4.2.	Ablauf der Therapien	157
4.3.	Supervision der Therapeuten	159

	Seite
<u>TEIL III: ÜBERPRÜFUNG</u>	161
1. MESSINSTRUMENTE	161
1.1. Fragebogen	163
1.2. Ratingskalen	167
2. DATENGEWINNUNG	170
2.1. Testung	170
2.2. Rating (Kontrolle des Therapieverlaufs)	171
3. VERFAHREN ZUR VERARBEITUNG DER EMPIRISCHEN DATEN	174
3.1. Statistische Überprüfung der Daten aus der Fremdbeurteilung (Reliabilitäten)	174
3.2. Statistische Methoden	177
4. HYPOTHESEN	179
 <u>TEIL IV: DARSTELLUNG UND INTERPRETATION DER ERGEBNISSE</u>	 187
1. THERAPEUTENVARIABLEN	187
1.1. Die Therapeutenvariablen "Verbalisierung emotionaler Erlebnisinhalte", "Metakommuni- kation" und "Organisierung"	187
1.1.1. Realisierung der Variablen während des gesamten Therapiezeitraums	188
1.1.2. Verlaufsanalysen über die einzelnen Therapiekontakte	192
1.2. Die Therapeutenvariable "Übungen"	196

1.3.	Zusammenfassung der Ergebnisse der Therapeutenvariablen und Interpretation	200
2.	VERÄNDERUNGEN IN DER BEZIEHUNG UND IN DER SELBSTEINSCHÄTZUNG DER KLIENTEN	205
2.1.	Veränderungen der Zufriedenheit in der Beziehung und Veränderungen von Art und Ausmaß an "Problemen"	205
2.2.	Veränderungen hinsichtlich bestimmter Persönlichkeitsmerkmale anhand der Beantwortungen im FPI	217
2.3.	Veränderungen im Erleben der gesamten Beziehung und in der Selbsteinschätzung der Klienten, erfaßt durch den Nach- befragungsbogen	224
2.4.	Zusammenfassung der Ergebnisse zu Hypothese 2	230
3.	VERÄNDERUNGEN IM KOMMUNIKATIONSVERHALTEN DER KLIENTEN	231
3.1.	Veränderungen in den subjektiven Ein- schätzungen des Kommunikationsverhaltens	231
3.1.1.	Ergebnisse des Kommunikationsfragebogens	231
3.1.2.	Ergebnisse des Nachbefragungsbogens	237
3.1.2.1.	Quantitative Ergebnisse des Nachbefragungsbogens	237
3.2.2.2.	Qualitative Ergebnisse des Nachbefragungsbogens	238
3.2.	Objektive Einschätzung des Kommunikations- verhaltens der Klienten durch Fremd- beurteilung	242
3.2.1.	Veränderungen des Kommunikationsverhaltens der Klienten im Vortest und Nachtest	242
3.2.1.1.	Veränderungen in den Häufigkeiten der Klientenäußerungen	242
3.2.1.2.	Veränderungen in den Skalenwerten	245
3.2.2.	Verlaufsanalysen über die einzelnen Therapiekontakte	246

	Seite
3.2.3. Realisierung der Klientenvariablen durch einzelne Untergruppen (differenziert nach Geschlecht und Alter)	249
3.3. Interpretation der Ergebnisse zur Ver- änderung des Kommunikationsverhaltens der Klienten (Hypothese 3)	252
4. ERGEBNISSE DER FOLLOW-UP-ERHEBUNG	256
4.1. Ergebnisse der Selbsteinschätzung	257
4.2. Ergebnisse der Fremdeinschätzung	262
4.3. Zusammenfassung der Follow-up-Untersuchung und Interpretation	263
5. ZUSAMMENFASSUNG UND GESAMTINTERPRETATION	265
<u>TEIL V: KONSEQUENZEN UND BEWERTUNG</u>	273
1. Bewertung der Untersuchungsergebnisse im Hinblick auf interne und externe Validität	273
2. Bedeutung der Ergebnisse und Erfahrungen dieser Arbeit für Forschung und Praxis	278

LITERATURVERZEICHNIS

A N N A N G

EINLEITUNG

In der vorliegenden Arbeit geht es um den Versuch, ein Konzept der Partnertherapie zu erproben.

'Partnertherapie', heute schon fast ein Modewort, bedeutet, daß nicht nur das Einzelindividuum, sondern auch die Beziehung - und somit die Interaktion zwischen zwei Partnern - Gegenstand der Behandlung ist.

In den letzten Jahren ist diese Therapieform ein bedeutender Bestandteil der psychotherapeutischen Praxis geworden. Dies läßt sich auf zweierlei Gründe zurückführen:

Zum einen steht hinter der Zunahme an Partnertherapie ein erhöhter Bedarf:

Den Schwierigkeiten in einer Zweierbeziehung wird ein immer höherer Stellenwert beigemessen, und die Tendenz, Partnerschaften und Ehen zu lösen, ist in den letzten Jahren enorm gestiegen. Das statistische Jahrbuch (STATISTISCHES BUNDESAMT, 1979) berichtet von einem Anstieg der Ehescheidungen in der Bundesrepublik um 100 % vom Jahre 1960 bis 1976.

Zum anderen bestimmen auch der verbesserte Erkenntnisstand in der Therapieforschung und ein verändertes Problemverständnis diese Entwicklung:

Nach und nach hat sich in der psychologischen Forschung und Praxis der Gedanke durchgesetzt, nicht nur in den Therapieprozeß das als 'krank' definierte Individuum einzubeziehen, sondern vielmehr das ganze System 'Familie' zu betrachten und zu behandeln.

Durch die Einbeziehung der Interaktion in die Behandlung wird einem veränderten Menschenbild und einem neuen Problemverständnis Rechnung getragen, das die weitreichende Bedeutung von Interaktion für den Menschen betont. MANDEL et al. (1971) postulieren in diesem Zusammenhang:

"Das Leiden der Menschen ist weitgehend bedingt durch die Art und Weise, wie sie miteinander umgehen (...). Worte, sowie wortlose Ausdrucksformen und Handlungen bestimmen, ob eine Beziehung befriedigt oder unglücklich macht." (S. 19)

Diese Erkenntnis manifestierte sich zunächst in den 50er Jahren in der Familientherapie, die "nicht so sehr eine neue Methode sein will, als vielmehr das neue Verständnis der Probleme in den Vordergrund stellt" (MANDEL, 1979, S. 13). Einen wesentlichen Anstoß zur Einführung der Familientherapie gab die Schizophrenieforschung: BATESON und seine Mitarbeiter kamen 1956 zu der Annahme, daß der Schizophrene in einer Welt leben muß, in der ein ungewöhnliches Interaktionsverhalten angebracht ist (WATZLAWICK et al., 1969).

Aufgrund der neuen Erkenntnisse über zwischenmenschliche Interaktionen bezogen Vertreter der Psychoanalyse (RICHTER, 1970), der Gestalttherapie (KEMPLER, 1975), der Gesprächspsychotherapie (GORDON, 1972) und der Transaktionsanalyse (KOTTWITZ, 1976) Familienmitglieder in die Beratung und Therapie mit ein.

In neuester Zeit werden diese Bemühungen, sich der Familientherapie zuzuwenden, erheblich verstärkt und haben sich bereits zu einem ausgedehnten Gebiet entwickelt (MANDEL, 1979; SELVINI PALAZZOLI et al. 1977; LUTTMAN/KIRSCHENBAUM, 1977; MINUCHIN, 1977).

Aufgrund des veränderten Problemverständnisses verschiebt sich auch das Verständnis der Pathologie vom Individuum auf die Beziehung zwischen Individuen, und zwar auch dann, wenn es nicht um Familien, sondern um Zweierbeziehungen geht. Somit ist hier auch die Behandlung des Systems, des Paars gefordert.

Aus der Schizophrenieforschung wird erkenntlich, welch große Bedeutung die Eltern und ihre Paarbeziehung zueinander für die Entwicklung der Kinder haben (WATZLAWICK et al., 1969). Daraus entwickelte sich der Gedanke, daß sich der Zustand eines ganzen Familienverbandes ändern kann, wenn Störungen zwischen einigen Mitgliedern des Systems behoben werden (SATIR, 1973). Unter der Fragestellung, ob es überhaupt in jedem Fall nötig ist, die Kinder in die Behandlung mit einzubeziehen, hat GRAWE (1976) ein Kommunikationstraining mit Eltern verhaltensgestörter Kinder durchgeführt, ohne daß die Kinder selbst eine Behandlung erhielten. Aufgrund des Trainings der Eltern änderte sich das Verhältnis aller Familienmitglieder zueinander, so daß es nicht mehr nötig war, die Kinder zu therapieren.

Diese Befunde machen deutlich, daß die Partnerbeziehung einen wichtigen Stellenwert in der Familie einnimmt, und legen noch einmal nahe, die Forschung auf dem Gebiet der Partnertherapie zu intensivieren. Inzwischen wird dieser Forderung auf immer breiterer Ebene Rechnung getragen. In jeder bedeutenden Therapieschulrichtung gibt es Versuche, die jeweilige Methode der Einzeltherapie auch auf Partnertherapie zu übertragen; die zunehmende Relevanz der Partnertherapie zeigt sich auch in Literatur und Fachzeitschriften sowie durch steigende Angebote in der Ausbildung in Ehe- und Partnertherapie (HAHLWEG et al., 1979). Vorschläge für die Verbesserung von Interaktion durch standardisierte und halbstandardisierte Programme zur Prävention von Störungen (z. B. SCHWÄBISCH/SIEMS, 1974; MILLER et al., 1974; BERLIN, 1975; VOPEL/VOPEL, 1977) nehmen einen immer breiteren Raum ein.

Bei den bisherigen Methoden in der Praxis von Partnertherapie können wir Konzepte unterscheiden, die von ei-
ner Schulrichtung ausgehen, z. B. von der Psychoanaly-
se (PREUSS, 1973), der Gesprächspsychotherapie (PLOG,
1975), der Kommunikationstherapie (WATZLAWICK et al.,
1969; SELVINI PALAZZOLI et al., 1977) und der Verhaltensthe-
rapie (STUART, 1969; HAHLOWEG et al., 1979), und eklek-
tische Modelle wie z. B. die von MANDEL et al. 1971/
1975) oder SATIR (1973) beschriebenen Methoden.

Bei der Durchführung von Partnertherapie haben sich
in der bisherigen Praxis vorwiegend folgende Probleme
gezeigt, die auch den Anstoß zur vorliegenden Arbeit
gaben:

- Die therapeutischen Methoden einer einzelnen Schul-
richtung sind unzureichend.

Entsprechend den impliziten Zielen einer Therapieform
betonen die methodenreinen Konzepte jeweils eine Ebe-
ne der Interaktion. So wird in der Verhaltenstherapie
der Schwerpunkt auf Verhaltensänderungen gelegt, die
Gesprächspsychotherapie setzt auf der Erlebensebene
an und die Psychoanalyse wendet sich vorwiegend der
bewußten und unbewußten Motivation interaktionellen
Geschehens zu. Durch die daraus resultierenden Metho-
den der einzelnen Schulen ist das Therapeutenverhalten
stark eingeschränkt. Diese spezifischen Unzulänglichkei-
ten einer Methode werden gerade in der Behandlung von
Partnerkonflikten deutlich, denn die Komplexität der
Situation erfordert hier einen breiten Verhaltens-
spielraum der Therapeuten.

So wird zunehmend in verhaltenstherapeutischen Program-
men für Paare die Notwendigkeit einer Phase der Ge-
sprächsführung im Sinne von ROGERS betont (MANDEL,
et al., 1971; MANDEL, 1979; ZIMMER, et al., 1977).
In klientenzentrierter Partnertherapie werden "Verhal-
tensexperimente" oder andere erlebnisaktivierende Übun-
gen in den Therapieprozeß miteingebaut (PAVEL, 1978).

Dies führt zu der immer stärker werdenden Bemühung im gesamten Bereich der Psychotherapie, mehrere Methoden miteinander zu verknüpfen.

"Möglicherweise ist 'Integration' das entscheidende Stichwort für die Trends der 70er Jahre im Bereich der Psychotherapie generell. Die Partnertherapie mag aus mehreren Gründen prädisponiert sein, die Notwendigkeit der Kombination und Integration verschiedener Ansätze zu erkennen." (MANDEL, 1979, S. 224; Hervorhebung: C.S.)

- Durch die allgemeine Theorielosigkeit ist jeder Praktiker auf privates Experimentieren angewiesen.

Gerade in der Praxis werden immer häufiger kombinierende und integrierende Modelle in der Partnertherapie verwendet, weil sich hier die Grenzen der orthodoxen Konzepte deutlich offenbaren. Da sich der Praktiker derzeit noch nicht an einer schulenübergreifenden Theorie orientieren kann (BOMMERT, 1977), werden aus vielen theoretischen Konzepten unbegründet Teilbereiche ausgeliehen und kombiniert.

In deutlicher Diskrepanz dazu steht die Tatsache, daß die empirische Forschung und Überprüfung in diesem Bereich bisher sehr gering ist (HAHLWEG, et al., 1979). An diesem Mangel zusammenhängender theoretischer Konzepte entzündeten sich in wachsendem Maße Skepsis und Vorbehalte gegenüber diesen Versuchen.

Als Konsequenz aus den Mängeln der einzelnen Schulrichtungen und den Unzulänglichkeiten der derzeitigen therapeutischen Mischformen halten wir in der Partnertherapie ein integratives Vorgehen, das systematisch theoretisch hergeleitet ist, für notwendig, und wollen mit dieser Arbeit einen Beitrag dazu liefern.

Als erstes stellt sich hierbei die Frage nach einem Therapieziel.

Wir gehen bei der Wahl unseres Zieles davon aus, daß der Interaktion in einer Beziehung große Bedeutung beigemessen wird, wie wir eingangs beschrieben haben (s. S.2 f), und die Interaktion in der Partnertherapie zum großen Teil auch Gegenstand der Behandlung ist. Wir setzen deshalb mit unserer Therapie bei der Kommunikation der Partner an und definieren als Therapieziel "Die Verbesserung der Interaktion zwischen den Partnern".

Der Schwerpunkt unserer Arbeit liegt darin, Anhaltspunkte und Konsequenzen für die therapeutische Praxis in der Partnertherapie zu gewinnen. Wir versuchen daher, ein Konzept für ein entsprechendes Therapieziel zu entwickeln, Therapeuten zu trainieren und das Konzept in der Praxis zu erproben.

Vor allem durch das Fehlen einer 'Dachtheorie' können wir nicht von einer Integration im letztlich angestrebten Sinne sprechen; es handelt sich vielmehr um die Erweiterung eines therapeutischen Ansatzes, indem wir Elemente aus anderen Therapieformen hinzuziehen. In diese Verbindung von Methoden gehen Annahmen über die Verknüpfbarkeit von therapeutischen Verhaltensweisen ein, die nach dem jetzigen Forschungsstand zwar plausibel, jedoch nicht hinreichend wissenschaftlich überprüft sind und in unserer Untersuchung auch nicht überprüft werden können.

Wir sehen beim derzeitigen Praxis- und Forschungsstand keine andere Möglichkeit, um Anhaltspunkte für die Verknüpfung von Methoden in der Praxis zu gewinnen; deshalb haben wir dieses Vorgehen trotz aller Vorbehalte gewählt.

Die vorliegende Arbeit ist als Erkundungsstudie zu verstehen. Sie kann mit den genannten Einschränkungen keine gültigen Ergebnisse für die Wirkung einer speziellen Therapie liefern, jedoch können ihre Ergebnisse

Hinweise für weitere Forschung und Hypothesenbildung auf dem Gebiet der Partnertherapie sowie Anstöße für die Praxis liefern.

Entsprechend dem definierten Hauptziel setzen wir für unsere Arbeit folgende Aufgaben:

- einige wesentliche Klientenziele für die Partnertherapie genau zu definieren;
- diesen Therapiezielen gemäß ein Therapiekonzept zu entwickeln;
- zu prüfen, wie sich ein solches Konzept in der Praxis realisieren läßt (Training von Therapeuten mit eingeschlossen);
- Aussagen über die Auswirkungen auf die gesamte Beziehung zwischen den Klienten und über die Kommunikationsveränderung zu machen.

Überblick über die Arbeit

Die Arbeit gliedert sich in fünf Teile:

1. Im ersten Teil geht es um die Entwicklung eines Konzepts zur integrativen Partnertherapie. Zunächst werden die theoretischen Grundlagen des Konzepts erörtert. Wir definieren die Verbesserung der dyadischen Interaktion als Ziel für die Partnertherapie. Unser Ausgangspunkt bei der Entwicklung des Konzepts ist die Gesprächspsychotherapie, die wir mit Elementen aus der Kommunikationstherapie und der Verhaltenstherapie erweitern. Aus den verschiedenen Theorien werden grundlegende Annahmen über dyadische Interaktion formuliert, um daraus die Klientenziele aufzustellen. Aus den therapeutischen Methoden leiten wir Therapeutenverhaltensweisen ab, die geeignet sind, um die Klientenziele zu fördern.

In einem zweiten Schritt werden die Klientenziele und Therapeutenverhaltensweisen im Einzelnen ausführlich beschrieben und am Ende des Kapitels das Gesamtkonzept im Überblick noch einmal dargestellt. Dieser Schritt soll die Entstehung des integrativen Therapiekonzepts aufzeigen und begründen.

2. Der zweite Teil beinhaltet die praktische Durchführung. Nach forschungsstrategischen Überlegungen zum Untersuchungsplan und einem Gesamtüberblick wird die Phase des Therapeutentrainings und der Therapiedurchführung dargestellt. Das Therapeutentraining nimmt in der Gesamtuntersuchung einen wichtigen Stellenwert ein, da die aufgestellten Therapeutenvariablen sorgfältig eintrainiert werden müssen. Außerdem geht es darum, ein Trainingskonzept zur möglichst optimalen Vermittlung der Therapeutenvariablen zu erstellen.

Zur Überprüfung des Trainingseffektes wird das Therapeutenverhalten mit Hilfe eines Fragebogens und anhand von Skalen eingeschätzt. Anschließend an das Training werden Therapien mit 26 Paaren nach dem erstellten Konzept durchgeführt. Die Durchführung der Therapien findet unter ständiger Supervision statt, die als zweiter Teil der Therapieausbildung zu verstehen ist.

3. Die Überprüfung des Konzepts ist Inhalt des dritten Teils. Hierunter sind Angaben zu den verwendeten Meßinstrumenten, zur Testung und zum Rating gefaßt. Mit einem Vortest, Nachtest und einer Follow-up-Erhebung wird die subjektive Einschätzung der Beziehung durch die Klienten und das Kommunikationsverhalten der Klienten untersucht. Außerdem werden über die Therapiekontakte hinweg Verlaufsanalysen vorgenommen, die Aufschluß über Veränderungen während des Therapieprozesses geben sollen.

Nach Schilderungen der statistischen Verfahren werden konkrete Hypothesen aufgestellt.

4. Der vierte Teil bringt die Darstellung und Interpretation der Ergebnisse. Die Darstellung ist entsprechend der Hypothesenbildung aufgeteilt in: Therapeutenvariablen, Veränderungen in der Selbsteinschätzung der Klienten und Veränderungen im Kommunikationsverhalten der Klienten.
5. Abschließend werden im Teil fünf nach einer Zusammenfassung aus den gesammelten Erfahrungen und aus den Ergebnissen die Konsequenzen für die Praxis aufgeführt und Hinweise für weitere Forschungsansätze aufgezeigt.

TEIL I:

ENTWICKLUNG EINES KONZEPTS ZUR INTEGRATIVEN PARTNER-THERAPIE AUF DER BASIS DER VERBESSERUNG VON DYADISCHER INTERAKTION

I. THEORETISCHE GRUNDLAGEN

1. VORÜBERLEGUNGEN ZUR INTEGRATION UND KOMBINATION VON METHODEN

Da wir aus der Vielfalt der Möglichkeiten zur Methodenkombination und -integration nur eine Vorgehensweise als Beispiel herausnehmen und untersuchen können, wollen wir uns zunächst kurz in allgemeiner Form mit dem Thema beschäftigen, bevor wir unseren eigenen Versuch zur Methodenintegration darstellen.

Ziel dieses Kapitels ist es, die Notwendigkeit von Methodenkombination und -integration aufzuzeigen, bestehende Ansätze darzustellen und auf die Probleme, die sich bei der Kombination von Methoden ergeben, hinzuweisen.

Anschließend sollen Konsequenzen für das zu entwickelnde Konzept gezogen werden, die diese Probleme berücksichtigen.

Die beiden Begriffe 'Integration' und 'Kombination' sind beim derzeitigen Praxis- und Forschungsstand nicht deutlich voneinander zu trennen. Wir gebrauchen deshalb bei den einführenden Überlegungen in diesem Kapitel beide Begriffe als austauschbar.

Die Notwendigkeit von Kombination und Integration

Die Notwendigkeit zur verstärkten Bemühung um Integration ergibt sich, wie in der Einleitung geschildert, sowohl in theoretischer Hinsicht als auch aus der Notlage des Praktikers, der zur Behandlung konkreter Problemlagen therapeutischer Vorgehensweisen oft nach Gutdünken kombinieren muß.

Die Einseitigkeiten und Defizite der einzelnen Schulrichtungen haben im gesamten Bereich der Psychotherapie dazu geführt, daß sich "auf breiter Basis eine Neuorientierung im therapeutischen Denken vollzieht" (MINSEL, 1979, S. 37). Sie besteht vor allem darin, daß sich in letzter Zeit immer stärker die Erkenntnis durchsetzt, daß jeder Klient eine eigene, 'auf ihn zugeschnittene' Behandlung erfahren sollte, während die früheren Untersuchungen darauf abzielten, "(...) die grundsätzliche Überlegenheit einer bestimmten Behandlungsform nachzuweisen" (PLESSEN/BOMMERT, 1976, S. 3). Das bedeutet besonders, daß die unterschiedliche Wirksamkeit einzelner Therapieformen bei verschiedenen Klienten beachtet wird.

Eine solche Orientierung "(...) muß konsequenterweise auch die Möglichkeit implizieren, Elemente aus verschiedenen therapeutischen Schulen zu kombinieren und zu integrieren" (PLESSEN/BOMMERT, 1976, S. 17). Ein weiteres Argument zugunsten der Methodenkombination liefert die spezielle Therapiebedürftigkeit von Sondergruppen; so hat sich in einigen empirischen Untersuchungen gezeigt, daß es für eine bestimmte Klientenpopulation sinnvoll und notwendig ist, Elemente aus verschiedenen Therapieformen kombiniert anzuwenden (SCHMIDTCHEN, 1974; LANDGRAF, 1980; WENDT, 1979).

Aufgrund der Einengung der einzelnen orthodoxen Schulen wird ein übergeordneter Rahmen gefordert und eine

Verbindung der Therapieformen angestrebt (MINSEL/
ZIELKE, 1977; BASTINE, 1976; van QUEKELBERGHE, 1978).

MAHONEY (1978) hat mit seinem Bemühen, die sog. Einsichtstherapien mit den verhaltensorientierten Therapien zu verbinden, ein beide Seiten integrierendes Therapiekonzept geschaffen, wobei er den engen Zusammenhang zwischen Verhalten und Kognition betont. Er bezeichnet diesen Zusammenhang als eine Wechselbeziehung, die "viel umfassender und leichter zu verteidigen ist als die traditionellen, einseitigen Sichtweisen" (S. 68). Der 'ignorante' Schulenstreit löst sich seiner Meinung nach dadurch langsam auf, "daß beide Seiten mit ihren eigenen Schwächen allmählich immer unzufriedener werden" (S. 68).

Verschiedene Ansätze zur Methodenkombination und -integration

Im folgenden Abschnitt sollen kurz einige wesentliche Ansätze zur Methodenkombination aufgezeigt werden, um die vorliegende Arbeit einordnen zu können und um aus den bestehenden Ansätzen Konsequenzen für die Entwicklung unseres Konzepts zu ziehen.

Die unterschiedlichen Konzepte zur Kombination therapeutischer Methoden erstrecken sich sowohl auf den theoretischen als auch auf den empirischen Bereich und reichen von allgemeinen Ansätzen bis hin zu Konzepten für spezielle Klientengruppen (vgl. LANDGRAF, 1980).

Zu den allgemeinen theoretischen Konzepten ist vor allem der Ansatz von BASTINE (1976) zu zählen, der ein Kategoriensystem von Interventionsstrategien aufstellt. Er geht dabei von Zielen aus, die in verschiedenen therapeutischen Schulrichtungen ähnlich sind, und versucht, gemeinsame Handlungsanweisungen herauszuarbeiten.

Dieser Ansatz kann als ein Schritt zur Überwindung des Verständigungsproblems nebeneinanderstehender Konzepte betrachtet werden.

Da jedoch eine empirische Überprüfung dieser Annahmen bisher nicht erfolgt ist, kann dieses Modell nur als theoretische Vorstufe eines therapeutischen Konzepts betrachtet werden.

Ähnlich ist der Ansatz von MARTIN (1975) zu bewerten, der versucht, die Gesprächspsychotherapie lern- und konflikttheoretisch zu erklären. Auch PONGRATZ (1973) diskutiert das Verhältnis mehrerer Therapieformen zueinander. Unter "kombinierten Verfahren" versteht er die Anwendung von therapeutischen Methoden verschiedener Therapierichtungen, wobei diese nacheinander oder gleichzeitig in Erscheinung treten können. Er wendet sich hiermit gegen die ausschließliche Anwendung nur einer Therapieform je nach Indikation.

Weiterhin sind hier die Versuche von TSCHULIN (1975) und van KESSEL (1976) zu nennen, die anhand des kommunikationstheoretischen Erklärungsmodells die Gesprächspsychotherapie als Kommunikationsprozeß darstellen. Sie versuchen somit, eine übergreifende Theorie zur Erklärung der psychotherapeutischen Prozesse zu finden, was dem Anliegen unserer Arbeit sehr nahe kommt.

Zu den empirischen Ansätzen der Methodenkombination ist der Ansatz von SCHMIDTCHEN (1974) zu zählen, der versucht, die klientenzentrierte Spieltherapie zu modifizieren und mit lerntheoretischen Elementen zu erweitern. Er versteht unter Methodenkombination die Wahl einer Haupttherapiemethode und deren Verbindung mit Begleitmethoden im Sinne einer differentiellen Therapiestrategie.

Auf der Suche nach einer effizienteren Alternative zu den traditionellen Therapieansätzen wird in einer neueren empirischen Vergleichsstudie von LANDGRAF (1980) im Bereich der Kindertherapie ein methodenkombinierendes Konzept erprobt, das sowohl Erlebens- als auch Verhaltensmodifikation zum Ziel hat. Die Realisierbarkeit und Effektivität dieser Methodenkombination wird an einer spezifischen Zielpopulation lernbehinderte Sonderschüler geprüft. An explizierten Klientenzielen dieser Population orientiert (Kooperationsverhalten, Selbstexplo-

ration, Konfliktlöseverhalten) wird ein gruppentherapeutischer Ansatz gewählt, der die Vorgehensweise der Gesprächspsychotherapie und der Verhaltenstherapie verbindet. Die Untersuchung weist eine deutliche Überlegenheit des methodenkombinierenden Behandlungskonzepts gegenüber den schulengebundenen Konzepten der Gesprächspsychotherapie und der Verhaltenstherapie auf.

WENDT (1979) überprüft am Beispiel einer 5-wöchigen Gruppentherapie zur Behandlung sexueller Funktionsstörungen eine sexualtherapeutische Konzeption als Verbindung von Verhaltenstherapie und Gestalttherapie auf ihre Effizienz. Die bislang in der neuen, vorwiegend verhaltensorientierten Sexualtherapie benutzten Methoden werden durch das Einbeziehen gestalttherapeutischer, bioenergetischer und gruppentherapeutischer Methoden zu einem integrativen Konzept erweitert.

Insgesamt lassen sich drei verschiedene Vorgehensweisen der Methodenintegration beobachten:
Konzepte mit Gleichrangigkeit der einzelnen 'Bausteine' in der Kombination, Konzepte auf der Basis einer einzelnen Richtung unter Hinzunahme anderer Elemente sowie die gleichzeitige oder sukzessive Anwendung der einzelnen kombinierten Elemente.

Methodenkombination in der Partnertherapie

Die bisher vorliegenden Ansätze der Methodenkombination beziehen sich vorwiegend auf Einzeltherapie. Sie sind für den Bereich der Partnertherapie noch zu ergänzen; denn gerade in der Partnertherapie wird vielfach gefordert, Methoden verschiedener psychotherapeutischer Schulen zu integrieren (s.S.4f.). MANDEL et al. (1975) betonen besonders für die Behandlung von Partnerkon-

flikten die Notwendigkeit, "daß eine Vielzahl therapeutischer Ansätze zur Verfügung steht und miteinander sinnvoll verbunden, bzw. im Behandlungsverlauf richtig eingefügt wird" (S. 183).

Im Bereich der Partnertherapie ist der Ansatz von MANDEL et al. (1971, 75) bisher der bedeutendste. Diese Autoren versuchen, als Basis ihres Therapiekonzeptes eine Synthese der kommunikationstheoretischen Therapie und der lernpsychologisch orientierten Verhaltenstherapie herzustellen, wobei sie auch tiefenpsychologische und gesprächstherapeutische Elemente mit einbeziehen. Es werden aus dem klientenzentrierten Vorgehen im Sinne von ROGERS nur einzelne Elemente verwendet. Sie arbeiten häufig mit einem phasischen Therapiekonzept, in dem je nach Situation mehrere Techniken in verschiedener Reihenfolge angewendet werden. Ihre Synthese entspricht aber nicht einer Methodenkombination in dem Sinne, daß mehrere unterschiedliche therapeutische Richtungen zu einem übergreifenden Therapiekonzept integriert werden.

Als ein weiterer Versuch der Methodenkombination in der Partnertherapie kann der neuere Ansatz von WITTE (1979) verstanden werden. Von der systemtheoretischen Betrachtungsweise von Paar und Familie ausgehend, arbeitet WITTE in diesem Rahmen drei Funktionsvariablen heraus, die er mit "Außenkontakt", "Binnenkontakt" und "Metakommunikation" bezeichnet. Er erweitert das Konzept, indem er unter Hinzunahme lerntheoretischer, instrumenteller Gesetzmäßigkeiten die Variablen in Strukturkomponenten unterteilt. Dieses Modell muß jedoch noch auf seine empirische Gültigkeit hin überprüft werden.

Probleme der Methodenkombination und -integration

Wenn auch die Notwendigkeit von methodenintegrativen Konzepten zunehmend anerkannt wird und in neuerer Zeit verstärkt Versuche in Richtung Integration stattfinden, ergeben sich dennoch wesentliche Probleme bei diesem Vorgehen:

1. Das Hauptproblem der Methodenkombination scheint die Schwierigkeit der theoretischen Einbettung in ein integratives Gesamtkonzept zu sein. Wird der Mangel eines solchen Konzepts, der längst allgemein deutlich ist, nicht behoben, kann das langfristig zu einem fragwürdigen Eklektizismus führen (BASTINE, 1975). Aus dieser Schwierigkeit entstehen verstärkte Forderungen nach einer übergreifenden "Dachtheorie" (BASTINE, 1975).

WITTE (1979) sieht eine gemeinsame theoretische Fundierung und eine damit verbundene gemeinsame Terminologie überhaupt als Voraussetzung für eine stärkere Kooperation zwischen den Schulrichtungen an, da seiner Meinung nach gerade die spezifische Terminologie verschiedener Schulen die Zusammenarbeit behindert. Die Konsequenzen einer fehlenden gemeinsamen Sprache könnten ansonsten im übertragenen Sinne dem "Turmbau von Babel" ähnlich werden (WITTE, 1979, S. 1).

Angesichts der Theorielosigkeit warnt KRAUSE (1976) vor zwei wenig wünschenswerten Formen der 'Kombination'. Darunter faßt er den "orientierungslosen Eklektizismus", den er definiert als "den Wechsel der therapeutischen Modelle und des ihnen entsprechenden Verhaltens ohne explizite Kenntnis und Überprüfung der Gründe des Modellwechsels" (S.208). Eine weitere Gefahr sieht er im "theoretischen Reduktionismus", d. h. in "der Verwendung von Interventionsmitteln aus anderen therapeutischen Schulen als der 'eigenen', wobei die Erklärung über die

Gründe der Nützlichkeit des fremden Änderungsmodells aus der eigenen bevorzugten Theorie stammen" (KRAUSE, 1976, S. 208). Um diesen Gefahren zu entgehen, müßte jedoch für eine konstruktive Integration verschiedener therapeutischer Vorgehensweisen ein "allgemein gültiges psychologisches Handlungsmodell" vorausgesetzt werden können (S. 208).

Es sollte also ein erklärtes Ziel sein, die Einzellemente - statt sie unverbunden nebeneinander zu stellen - in ein einheitliches Konzept zu integrieren und eine übergreifende Theorie zu entwickeln.

2. Außerdem ist die Frage nach der Kombinierbarkeit von unterschiedlichen Konzepten zu stellen. D. h., es ist zu klären, ob einzelne Therapietechniken sich gegenseitig ausschließen oder etwa in ihrer Wirkung aufheben. PLOG (1975) zum Beispiel meint, daß "das Mischen von Methoden die besonderen Möglichkeiten der klientenzentrierten Therapie schmälert (...)" (S. 211).

Gesprächstherapieforscher (MINSEL, 1974; TSCHULIN, 1972; PAVEL, 1978; BOMMERT, 1977) gehen heute jedoch mehr davon aus, daß außer den ROGERSchen Variablen noch weitere Therapievariablen bedeutsam sind und zunächst grundsätzlich nichts dagegen spricht, weitere Elemente anderer Therapien in ein integratives Konzept aufzunehmen. Es bleibt aber festzustellen, daß weitere systematische Untersuchungen nötig sind, um die differentielle Wirksamkeit unterschiedlicher methodenkombinierender Konzepte und ihrer Einzelemente zu prüfen (MINSEL, 1979).

3. Darüber hinaus ist die Frage zu klären, inwieweit Praktiker in der Lage sind, unterschiedliche Therapietechniken gleichermaßen zu realisieren. Es spricht einiges für die Annahme, daß Therapeuten im Verlauf einer Therapie zunehmend eher situationsspezifisch intervenieren und sich demzufolge weniger strikt an die geforderten Interventionstechniken halten. In der Untersuchung von LANDGRAF (1980) zum Beispiel hat sich gezeigt, daß drei Therapiekonzepte sich im Laufe der Therapie in ihrer Realisierung durch die Therapeuten immer weniger voneinander unterscheiden ließen.

Am Beispiel seiner Synthese von Gesprächspsychotherapie und Gestalttherapie - wobei er sich deutlich von einer reinen Addition abgrenzt - betont ESSER (1979), daß die Ausübung einer integrativen Praxis vor allem eine grundlegende Kenntnis und Auseinandersetzung mit beiden beteiligten Therapieformen erfordert.

Durch die unterschiedliche Weise auf den Klienten einzugehen, geraten seiner Meinung nach "in der Praxis therapeutisches Selbstverständnis und Verhalten in der Gesprächspsychotherapie einerseits und in der Gestalttherapie andererseits miteinander in Konflikt" (S. 11). So wird durch die Erweiterung der therapeutischen Handlungskompetenz nicht nur die therapeutische Effizienz vergrößert, sondern es kommt zugleich auch zu einer "labilisierenden Wirkung auf den Therapeuten und sein Verhalten" (ESSER, 1979, S. 13).

Als eine wesentliche Konsequenz hieraus ergibt sich jedenfalls die Notwendigkeit einer fundierten Ausbildung in mehreren Therapieverfahren bei der Kombination von Methoden, da eine hohe Flexibilität der Therapeuten gefordert wird.

In neueren Ausbildungskonzepten wird versucht, diesem Problem Rechnung zu tragen: BIRTSCHE (1980) fordert als Lernziel für die therapeutische Ausbildung die sog. "flexible Qualifikation", die sie definiert als "Fertigkeit, unterschiedliche Interventionen oder Kommunikationsformen als Verhaltensalternativen zu beherrschen und gezielt und kontrolliert in verschiedenen Stadien der Psychotherapie oder bei verschiedenen Problemfällen einsetzen zu können". (S. 230).

Bei der Diskussion der Schwierigkeiten von Methodenkombinationen muß betont werden, daß die zu verwendenden Mittel stets in Abhängigkeit von den angestrebten Therapiezielen zu sehen sind. So können bei der Entwicklung eines Konzepts zur Partnertherapie nicht beliebig eine Therapieform ausgewählt oder verschiedene Methoden zusammengestellt werden. Vielmehr ist es nötig, ein integratives Therapiekonzept zu erstellen, dessen einzelne Elemente speziell auf vorher explizierte Therapieziele hin ausgewählt werden und für ein bestimmtes Klientel gelten. So kommt beim momentanen Forschungsstand der Explikation von Zielen und Kriterien einer Methodenkombination besondere Bedeutung zu (BOMMERT, 1977; WITTE, 1979; BASTINE, 1975).

Konsequenzen für unser Konzept

Aus den bisher dargestellten Überlegungen erscheinen uns für die Entwicklung eines eigenen integrativen Konzepts zur Partnertherapie folgende Gesichtspunkte besonders wichtig:

- Die therapeutischen Elemente sollen auf speziell vorher explizierte Therapieziele hin ausgewählt werden.

- Es soll versucht werden, Einzelelemente in ein einheitliches Konzept zu integrieren, statt sie unverbunden nebeneinander zu stellen.
- Die Kombinierbarkeit der verwendeten Therapieformen muß beachtet werden.
- Eine fundierte Ausbildung der Therapeuten ist erforderlich, da ihre Flexibilität im Therapieprozeß sehr hoch sein muß.

Wir entschließen uns, e i n e n therapeutischen Ansatz als Basis zu wählen, und versuchen, Elemente aus weiteren Therapierichtungen auf dem Hintergrund explizierter Klientenziele damit zu verbinden.

Die Begriffe 'Kombination' und 'Integration' sind zum derzeitigen Stand der Therapiepraxis und -forschung nicht exakt voneinander abzugrenzen. Wir können uns nur an der allgemeineren Unterscheidung von Kombination und Integration orientieren, wobei Kombination eher als pragmatisches Vorgehen der gleichgewichtigen Mischung verschiedener Ansätze verstanden wird und von Integration gesprochen werden kann, "wenn verschiedene Richtungen sich unter einer gemeinsamen theoretischen Leitidee in der Praxis ergänzen ..." (MANDEL, 1979, S. 225).

Wir entscheiden uns bei der Bezeichnung unseres Therapieansatzes für den Begriff "integratives Konzept". Wir verstehen darunter zunächst die Erweiterung eines Therapieansatzes, womit wir letztlich auf eine 'Integration' in dem von MANDEL (1979) definierten Sinne hinsteuern.

Die folgenden Ausführungen müssen als erste Versuche zu einem integrativen Ansatz in der Partnertherapie gesehen werden. Unser Konzept. (von Partnertherapie) ist daher nicht als ein abgerundetes Modell, sondern als anfängliche Überlegung für einen integrativen Therapieansatz zu verstehen.

2. THEORETISCHER RAHMEN DES KONZEPTS

Absicht dieses Kapitels ist es, die Verbindungen verschiedener therapeutischer Methoden für ein bestimmtes Therapieziel transparent zu machen und zu begründen.

Wir gehen daher zunächst auf dieses Hauptziel der Therapie ein.

Als allgemeines Anliegen einer Partnertherapie kann die Verbesserung der Beziehung bezeichnet werden. Wir überlegen daher zunächst, welche Anhaltspunkte als Kriterien für die Verbesserung einer Beziehung herangezogen werden können. Von theoretischen Vorstellungen (WATZLAWICK et al., 1969) sowie von praktischen Erfahrungen und empirischen Ergebnissen (z. B. GRAWE, 1976; ZIMMER et al., 1977) geleitet, gehen wir von der Annahme aus, daß mit der Verbesserung der Kommunikation zwischen zwei Partnern eine Verbesserung der gesamten Beziehung verbunden ist.

Entsprechend dieser Annahme definieren wir als Hauptziel der Partnertherapie für unsere Untersuchung:

"Die Verbesserung der Kommunikation zwischen zwei Partnern".

In Anlehnung an die systemtheoretische Betrachtungsweise verstehen wir Beziehung bzw. Partnerschaft als ein offenes, dynamisches System.

Systeme sind offen, wenn sie mit ihrer Umwelt Energie, Materie oder Information austauschen; sie sind dynamisch, wenn sie sich im Zeitablauf verändern (vgl. WATZLAWICK et al., 1969).

Diese Sichtweise beinhaltet:

- Die Systemkomponenten sind selbst komplexe Systeme.
- Die einzelnen Systemteile sind auf dauernden Informationsaustausch angewiesen.

- Das offene System kann sich aufgrund systemeigener und systemfremder Impulse ändern.

(vgl. NELLESSEN, 1979, S. 253).

Was unter Kommunikation zu verstehen ist, kann nicht einheitlich beantwortet werden. Schon der Gebrauch der Begriffe 'Kommunikation' und 'Interaktion' läßt sich nicht deutlich festlegen; von manchen Autoren werden die beiden Begriffe synonym gebraucht, andere grenzen sie voneinander ab. Trotz der sehr unterschiedlichen definitorischen Ansätze (GRAUMANN, 1972; MATTEJAT/BRUMM, 1978; BAACKE, 1973) läßt sich allgemein sagen, daß die Begriffe Kommunikation und Interaktion dieselben Phänomene abdecken: sie umfassen weitgehend die Prozesse der Beeinflussung und des Informationsaustausches zwischen Menschen. Wir entscheiden uns daher, beide Begriffe synonym zu gebrauchen.

Neben der großen Bedeutung, die die Interaktion in einer engen zwischenmenschlichen Beziehung einnimmt (wie eingangs beschrieben) wird dem Kommunikationsverhalten eines Individuums in seinem gesamten sozialen Umfeld große Bedeutung beigemessen mit der Begründung, daß Menschen auf Interaktion hin angelegt und angewiesen sind (SADER et al. 1976, S. 2). Jedoch ist gerade Interaktion sehr anfällig für Störungen, und oft wird bei sozialen Interaktionen Schiffbruch erlitten. Das Ausmaß an objektiv erforderlicher und subjektiv erwünschter Interaktion ist keine feste Größe, sondern variiert von Situation zu Situation und ist bei den verschiedenen Menschen unterschiedlich. "Doch sind notwendige wie erwünschte Interaktionen bestimmend für unser Zusammenleben und auch für die subjektive Befindlichkeit jedes Einzelnen". (SADER et al. 1976, S. 3).

Interaktionsverbesserung ist daher das Ziel von Programmen, die für viele Bereiche des alltäglichen Lebens entwickelt worden sind. FITTKAU et al. (1977) bieten unter dem Titel "Kommunizieren lernen (und umlernen)" Trainingsprogramme an für Eltern, Lehrer, Dozenten bis hin zur Bedeutung der Kommunikation für die psychische Gesundheit - auch im Betrieb.

Neben der Entwicklung zahlreicher Kommunikationstrainings für Paare (vgl. S. 3 der vorliegenden Arbeit) ist in letzter Zeit auch eine verstärkte Entwicklung von Kommunikationsfragebogen im deutschsprachigen Raum zu verzeichnen, die als diagnostisches Mittel oder zur Messung von Therapieerfolg in Partnertherapie eingesetzt werden (HAHLWEG et al., 1979; SCHOLZ, 1978; ZIMMER et al., 1978). Befriedigende, gute Kommunikation gilt hierbei als ein Indikator für eine gute Beziehung.

Unter Kommunikation in der Beziehung verstehen wir den Austausch von Informationen zwischen den beiden Subsystemen, den Individuen.

Wir nehmen somit die Kommunikation als einen Aspekt aus der Beziehung heraus, an dem wir zur Verbesserung der Beziehung ansetzen.

Wir können in unserer Untersuchung Interaktion nicht in ihrer gesamten Breite erfassen und beschränken uns daher auf einige konkrete Interaktionsvariablen.

Wir wollen im folgenden aus verschiedenen Therapieformen Zielbereiche ableiten, die unserem definierten Hauptziel "Verbesserung der Kommunikation zwischen den Partnern" untergeordnet sind und therapeutische Interventionsmöglichkeiten zur Förderung dieser Zielbereiche aufzeigen.

Es soll deutlich werden, aus welchen Theorien und Therapieformen wir unsere Klientenziele und Therapeutenverhaltensweisen ableiten.

Hiermit wird der theoretische Rahmen des Konzepts gesteckt. Eine ausführliche Ableitung und Beschreibung der einzelnen Klienten- und Therapeutenvariablen folgt im nächsten Kapitel.

Da der Schwerpunkt unserer Arbeit auf der Entwicklung des Therapiekonzepts, auf dem Therapeutentraining und der Erprobung des entwickelten Konzepts in der Praxis liegt, ist der theoretische Anspruch dieser Untersuchung auf die Herleitung der Zielbereiche und Interventionsmöglichkeiten beschränkt.

2.1. Auswahl der Therapieformen für das integrative Konzept

Um eine Verbesserung der Beziehung zwischen zwei Partnern zu erreichen, gehen wir von folgenden Überlegungen aus:

1. Wir haben uns als Hauptziel für die Partnertherapie die Verbesserung der Kommunikation gesetzt.

Hieraus ergibt sich die Frage, welche Ansätze dazu geeignet sind, dyadische Interaktion zu beeinflussen.

Das bedeutet, daß wir uns zunächst mit Konzepten beschäftigen müssen, die an der aktuellen Kommunikation ansetzen.

2. Ein weiterer Grundgedanke ist, daß die Klienten durch die Therapie befähigt werden sollen, sich selber besser wahrzunehmen und zu äußern, den Partner adäquat wahrzunehmen und sich mit ihm auseinanderzusetzen zu können.

Für die Inhalte von Konflikten bedeutet dies, daß Entscheidungen von den Klienten selber ausgehen sollen und nicht von den Therapeuten bestimmt werden können.

Als Basismethode für dieses integrative Therapiekonzept wählen wir die Gesprächspsychotherapie, da sie die o. g. Bedingungen für die Verbesserung einer Beziehung erfüllt:

- Sie beschäftigt sich ausführlich mit Kriterien, die dazu notwendig sind, zwischen zwei Interaktionspartnern eine Atmosphäre herzustellen, in der sie sich angstfrei über persönlich bedeutsame Inhalte äußern können. Diese Bedingungen, die ROGERS (1959) in seiner 'Theorie der Therapie' nennt, beziehen sich zunächst auf die Interaktion zwischen Klient und Therapeut. Die Erfahrungen mit diesen Kommunikationsverhaltensweisen zeigen jedoch, daß sie auch auf andere zwischenmenschliche Beziehungen übertragbar sind (GORDON, 1972; TSCHEULIN, 1975; SCHMIDTCHEN, 1974; TEEGEN, 1975). Daher können wir annehmen, daß sich dieses Kommunikationsverhalten auch auf die Interaktion zwischen zwei Partnern positiv auswirkt und für eine Partnertherapie mit unserem Hauptziel bedeutsam ist (genaue Ableitung siehe 2.2.1.).
- In der Gesprächspsychotherapie sehen wir die notwendigen Voraussetzungen, um den Klienten gewisse Fähigkeiten an die Hand zu geben, Konflikte zu bearbeiten und angemessene Entscheidungen selbst zu treffen. Der Therapeut nimmt nicht inhaltlich auf das Problem des Klienten Einfluß, sondern er geht auf den Klienten ein,

"indem er sich in den 'inneren Bezugsrahmen' des Klienten hineinzusetzen und somit gemeinsam mit dem Klienten zu einer Lösung zu gelangen sucht, und nicht, indem er sich direkt mit diesen Problemen auseinandersetzt und dann etwa bestimmte Vorschläge zur Lösung des Problems macht." (BOMMERT/PLESSSEN, 1978, S. 23 f.)

Auch bei der Behandlung von Paaren steht die Kommunikationsfähigkeit des Individuums im Mittelpunkt:

"(...) es wird nach den Bedingungen dessen gefragt, der 'kommuniziert', 'der sich mitteilt'. Erfahrungen, Bewußtheit und das Verhalten des einzelnen Partners beeinflussen die Kommunikation, die Mitteilung." (PLOG, 1975, S. 206).

Da die Gesprächspsychotherapie weitgehend auf das Einzelindividuum gerichtet ist, scheint jedoch eine Übertragbarkeit des orthodoxen, 'methodenreinen' therapeutischen Ansatzes auf die Partnertherapie problematisch (vgl. PLOG, 1975).

Eine sinnvolle Ergänzung sehen wir in der Kommunikationstherapie. Wir beschränken uns hier auf den Ansatz der PALO-ALTO-Gruppe (WATZLAWICK et al., 1969), der als bedeutsames theoretisches Modell zur Analyse von Kommunikationsstrukturen gilt. Es trägt zum Verständnis der Abläufe in dyadischer Interaktion bei und ist für uns somit zur Bestimmung der Kriterien und Ziele wesentlich.

Die Ansätze der Gesprächspsychotherapie und der Kommunikationstherapie sollen durch die lerntheoretische Betrachtungsweise ergänzt werden, da sie deutlicher als die Systemtheorie die Umwelteinflüsse auf das Individuum und auf das Paar betont. Damit bietet sie ein ergänzendes Erklärungsmodell für individuelles Verhalten und die gegenseitige Steuerung von Verhalten.

Andere Ansätze, die sich ebenfalls mit Partnertherapie beschäftigen, werden aus verschiedenen Gründen nicht in unser Konzept eingehen. Hier sind vor allem die psychoanalytische und die transaktionsanalytische Vorgehensweise gemeint (PREUSS, 1973; WILLI, 1978; KOTTWITZ, 1976). Obwohl diese Ansätze letztlich auch auf die Verbesserung einer Beziehung hinarbeiten, entsprechen sie nicht unserem Ziel, bei der aktuellen Kommunikation der Partner anzusetzen. Die Psychoanalyse versucht vielmehr, das System der Dyade und das Verhalten der Partner nicht direkt zu ändern, sondern reflektiert es als Ausdruck von tieferen Konflikten und Schwierig-

keiten. "Statt Verhalten direkt zu ändern, will sie Verhalten zunächst verstehbar und erlebbar machen" (WITTE, 1979, S. 26). PREUSS (1973) betont ebenfalls stärker den innerpsychischen Bereich, den er als wichtigen Bestandteil der Eheneurose, der "Neurose zu zweit", ansieht.

Außerdem sprechen für das Weglassen dieser Betrachtungsweisen auch pragmatische Gründe, da wir hier nicht die Theorie vom praktischen Vorgehen trennen können. So sind zum Beispiel die therapeutischen Vorgehensweisen der Psychoanalyse und Transaktionsanalyse auf einen längeren Behandlungszeitraum konzipiert; eine Kombination der einzelnen Elemente wäre sehr schwierig, und die Therapeuten könnten keine adäquate Ausbildung in allen Ansätzen erhalten. Zudem arbeitet die Psychoanalyse vornehmlich mit Gruppen von Klientenpaaren.

2.2. Die Verbesserung von dyadischer Interaktion aus der Sicht verschiedener Therapieformen

In den folgenden Kapiteln beschäftigen wir uns mit der Gesprächspsychotherapie, der Kommunikationstherapie und der Verhaltenstherapie.

Jedes dieser Therapiekonzepte hat einen anderen Störungsbegriff und somit auch unterschiedliche Vorstellungen von gestörter und optimaler Kommunikation. Den theoretischen Grundlagen dieser Therapien ist jedoch gemeinsam, daß sie in der Kommunikation einen wichtigen Faktor für die Verbesserung einer Beziehung sehen.

Wir gehen davon aus, daß sich jedes kommunikative Geschehen folgendermaßen analysieren läßt: Wer sagt was zu wem in welcher Situation wie, warum und mit welcher Wirkung? Mit dieser allgemeinen Kommunikationsformel sind folgende Bereiche erfaßt: Sender, Inhalt, Empfänger, Situation und Medium, Metakommunikation, Motiva-

tion und Wirkung (vgl. GRAUMANN, 1972).

Bei jedem dieser Bestimmungsstücke können Kommunikationsschranken und -störungen auftreten, die therapierbar sind. Die Gesprächspsychotherapie setzt bei diesen Kommunikationsstörungen hauptsächlich bei der emotionalen und affektiven Erlebnisverarbeitung an, die Verhaltenstherapie bei den Fertigkeiten des Senders, die Kommunikationstherapie zentriert ihr Interesse auf die Beziehung der Interagierenden zueinander, auf die Situation und das Medium der Kommunikation (vgl. NELLESSEN, 1979, S. 251).

Da die allgemeinen Grundlagen dieser Theorien an anderen Stellen ausführlich beschrieben werden (MINSEL, 1974; BOMMERT, 1977; WATZLAWICK et al., 1969; BAACKE, 1973; KANFER/PHILLIPS, 1975; KRAIKER, 1974; BLÖSCHL, 1969), geht es mir hier in erster Linie darum, die verschiedenen Annahmen über dyadische Interaktion herauszuarbeiten.

In Übereinstimmung mit unserer oben beschriebenen Vorgehensweise (siehe S. 24) wollen wir in jedem Absatz zunächst die Therapieziele benennen, die sich aus den jeweiligen theoretischen Konzepten für die Praxis ergeben. Im Anschluß daran werden die therapeutischen Handlungsmöglichkeiten aufgezeigt.

2.2.1. Die Verbesserung von dyadischer Interaktion aus der Sicht der Gesprächspsychotherapie

Im folgenden sollen die Möglichkeiten und Grenzen der Gesprächspsychotherapie zur Übertragung auf Partnertherapie aufgezeigt und anhand der erarbeiteten Grenzen weitere Therapiekonzepte hinzugezogen werden.

Die Arbeit schließt sich folgender Definition an:

"Die Gesprächspsychotherapie ist eine systematische, selektive und qualifizierte Form verbaler und non-verbaler Kommunikation und sozialer Interaktion zwischen zwei oder mehreren Personen - Psychotherapeut(en) und Klient(en) -

mit dem Ziel einer Verminderung der vom Klienten erlebten psychischen Beeinträchtigungen durch eine als Folge differenzierter Selbst- und Umweltwahrnehmung eintretende Neuorientierung des (der) Klienten im Erleben und Verhalten, auf der Basis grundlegender Erkenntnisse der wissenschaftlichen Psychologie, insbesondere der Lern- und Sozialpsychologie." (BOMMERT, 1977, S. 11)

Grundannahmen zur dyadischen Interaktion

Die Grundannahmen zur "gestörten" oder andererseits "optimalen" dyadischen Kommunikation aus der Sicht der Gesprächspsychotherapie lassen sich aus den theoretischen Überlegungen von ROGERS (1959) ableiten. Wir beziehen uns dabei hauptsächlich auf

- die Theorie der Persönlichkeit
- die Theorie der Therapie und
- die Theorie der interpersonellen Beziehungen.

Wesentlicher Ausgangspunkt der Persönlichkeitstheorie von ROGERS ist die Annahme, daß das Individuum prinzipiell erweiterungsfähig und offen ist und eine angeborene Tendenz zur Selbstverwirklichung besitzt.

Unter Selbstverwirklichung ist "die allgemeine Tendenz des Organismus zu verstehen, alle seine Fähigkeiten zur Aufrechterhaltung oder Förderung des Organismus einzusetzen" (BOMMERT/PLESSEN, 1978, S. 21).

Diese angeborene Fähigkeit, sich selbst in positiver Richtung weiterzuentwickeln, bestimmt den Organismus bei der Befriedigung von Bedürfnissen. Auf welche Art und Weise die Bedürfnisse befriedigt werden, hängt außer-

dem von dem 'Selbstkonzept' des Individuums ab.

"Das 'Selbst' oder 'Selbstkonzept' ist dabei eine sich verändernde Ganzheit, die aus den von dem Individuum an sich selbst wahrgenommenen Eigenschaften, seinen Beziehungen zu anderen und weiteren Aspekten seines Lebens gebildet wird, wobei die Bewertungen dieser Wahrnehmungen in das Selbstkonzept mit eingehen. Das Selbst kann dem Bewußtsein zugänglich gemacht werden, ist aber nicht notwendigerweise ständig bewußt." (BOMMERT/PLESSEN, 1978, S. 21).

Als Ziel für die Weiterentwicklung eines Menschen sieht ROGERS die Annäherung an die "fully functioning person" (ROGERS, 1969, 1974). Diese "voll funktionsfähige Person" ist als Modell eines Individuums gedacht, das imstande ist, "(...) in und mit jedem seiner Gefühle und Reaktionen erfüllt zu leben (...)" (ROGERS, 1969, 1974, S. 277).

Auf dieser Grundlage seiner 'Theorie der Persönlichkeit' hat ROGERS selbst schon versucht, eine 'Theorie der interpersonellen Beziehungen' zu entwickeln (ROGERS, 1959), deren Kernpunkt folgende Aussage ist: Die Bedingungen für eine sich verbessernde Beziehung zwischen zwei Personen sind umso günstiger, je höher das Ausmaß an Kongruenz zwischen Erfahrungen, Symbolisierungen dieser Erfahrungen und ihrem Ausdruck in der Kommunikation der beiden Partner ist.

"Unter Erfahrung ist all das zu verstehen, was im Organismus vor sich geht (also auch alle Wahrnehmungen der Außenwelt) und potentiell oder aktuell bewußt ist. Bewußt ist jener Teil der Erfahrung, der symbolisiert ist. Unter Symbolisierung im engeren Sinne wird der Prozeß verstanden, durch den Wahrnehmungen sprachbegreiflich erfaßt und damit dem sprachlichen Denken zugänglich werden." (GERL/PIERITZ, 1979, S. 196).

Wenn die genannten Bedingungen gegeben sind, wird die Kommunikation

"(...) zunehmend kongruenter, sie wird genau symbolisiert und enthält mehr reziproke Zuwendung. Wenn dieser Prozeß anhält, kann er die gleichen Effekte wie eine Therapie haben." (BOMMERT, 1977, S. 43).

Diese Annahmen von ROGERS sind jedoch nur als ein Versuch anzusehen, seine 'Theorie der Therapie' zu erweitern, und, wie er selbst betont, als ein vorläufiges 'Gesetz' formuliert, das noch überprüft werden muß.

Als weitere Voraussetzung für das Gelingen einer Beziehung nennt ROGERS:

"Ich will mich selbst wagen, indem ich mich bemühe, jedes bestehende Gefühl meinem Partner mitzuteilen, sei es angenehm oder unangenehm - in dem Ausmaß, in dem ich es in mir erfahre - als ein lebendiger gegenwärtiger Teil vor mir. Dann will ich weiter das Wagnis eingehen, daß ich mit aller Fähigkeit zum Mitvollzug versuche, die Antwort meines Partners zu verstehen, sei sie anklagend und kritisch oder teilnehmend und offen." (ROGERS, 1972, S. 204)

Diese Bedingungen, die ROGERS für das Gelingen einer Beziehung nennt, "die Bereitschaft, sich mitzuteilen" und "die Bereitschaft zum Mitvollzug", entsprechen in etwa den Verhaltensweisen, die ROGERS im Therapieprozeß gegeben sieht und in seiner 'Theorie der Therapie' beschreibt.

Er ist felsenfest davon überzeugt, "(...), daß die therapeutische Beziehung nur ein spezieller Fall allgemeiner zwischenmenschlicher Beziehung ist und daß die gleichen Gesetzmäßigkeiten alle interpersonellen Beziehungen regeln." (ROGERS, 1973, S.50)

Dem Menschenbild von ROGERS entsprechend ist es Ziel dieses Therapieprozesses, "die dem Individuum immanenten Fähigkeiten zur Selbstbestimmung und Selbstverantwortung freizusetzen" (GERL/PIERITZ, 1979, S.207).

Wenn somit die Gesprächspsychotherapie die Verbesserung der Interaktion nicht zum eigentlichen Ziel hat, so ist doch die Interaktion zwischen Klient und Therapeut das direkte Medium der Veränderung, wobei das Schwergewicht auf der Beziehungsebene liegt.

Als kennzeichnend für die Gesprächspsychotherapie wird oft - gerade im Vergleich mit der Verhaltenstherapie - diese Bedeutung der Beziehungsebene hervorgehoben. Nach BOMMERT/PLESSEN, (1978, S. 85) wird in

der Beziehung zwischen Klient und Therapeut der entscheidende "Motor der Veränderung" gesehen. BIERMANN-RATJEN et al. (1979) versuchen, den gesamten gesprächspsychotherapeutischen Prozeß deutlich als Beziehungsangebot darzustellen.

Die Bedingungen für die Reintegration der Persönlichkeit sind "durch die kommunizierte unbedingte Zuwendung einer wichtigen Bezugsperson erfüllt" (MINSEL/ZIELKE, 1977, S. 960).

Entscheidend ist "eine möglichst sichere und angstfreie Beziehung, in der der Klient die Fähigkeit in sich selbst entdecken kann, diese Beziehung zu seiner Entfaltung zu nutzen" (MINSEL/ZIELKE, 1977, S. 960).

Aus diesen Veränderungsmöglichkeiten durch den Therapieprozeß lassen sich entscheidende Kriterien zur optimalen Kommunikation zwischen zwei Partnern ableiten. Wie bereits erwähnt (S.26), können wir davon ausgehen, daß bestimmte Verhaltensmerkmale, die die Beziehung zwischen Klient und Therapeut positiv beeinflussen und dem Klienten eine Atmosphäre zur besseren Bewältigung seiner Probleme bieten, auch mit gewissen Modifikationen auf enge zwischenmenschliche Beziehungen übertragbar sind (TEESEN, 1975; GORDON, 1972; TSCHULIN, 1972; SCHMIDTCHEN, 1976).

Bei der Übertragung dieser Kommunikationsmerkmale des Therapieprozesses auf den Interaktionsprozeß von Partnern sehen wir folglich den Prozeß des 'Sich-Mitteilens' analog zur 'Selbstexploration' des Klienten in der Therapie (TAUSCH, 1975) und verstehen darunter 'das Mitteilen eigener, persönlich bedeutsamer Gefühle, Erlebnisinhalte, Einstellungen usw.' (genaue Ableitung s. S. 62). Der Prozeß des Mitvollziehens wird in nichttherapeutischer zwischenmenschlicher Interaktion als "aktives Zuhören" (GORDON, 1972) oder "partner-

zentriertes Zuhören" (BOMMERT/PLESSEN, 1978) bezeichnet und leitet sich weitgehend aus der Therapeutenvariablen "Verbalisierung emotionaler Erlebnisinhalte" im Therapieprozeß ab (TAUSCH, 1975).

"Die Bereitschaft, auf den anderen einzugehen, ihn ernst zu nehmen, zu versuchen, ihn zu verstehen, seine Empfindungen und Reaktionen zu akzeptieren - dies alles sind Merkmale einer Art der Gesprächsführung, die sich als partnerzentriert bezeichnen läßt, und die im Bereich der Klinischen Psychologie als hilfreiches Element der Veränderung von Problemen bereits Bedeutung gewonnen hat." (BOMMERT/PLESSEN, 1978, S. 94).

Analog zu dieser Bereitschaft, sich in den anderen hineinzuversetzen, verstehen wir unter Mitvollziehen: 'das Eingehen auf die persönlichen emotionalen Erlebnisinhalte des Partners, die dieser verbal oder nonverbal zum Ausdruck bringt' (vgl. genaue Ableitung S.68 ff.).

Aus diesen Überlegungen heraus können wir aus der Sicht der Gesprächspsychotherapie folgendes festhalten:

- o Wichtige Bedingung für eine optimale Kommunikation zwischen zwei Partnern ist die Bereitschaft,
 - sich mitzuteilen und
 - die Mitteilungen des anderen nachzuvollziehen.

Ziele zur Verbesserung dyadischer Interaktion

Ausgehend von den Intentionen und Therapiezielen der Gesprächspsychotherapie sind zur Verwirklichung dieser Bedingungen folgende Ziele anzustreben:

- Die Klienten sollen lernen, sich selbst zu explorieren. Dadurch können sie in die Lage versetzt werden, sich selber besser zu verstehen, zu akzeptieren und im Sinne des Wachstums zur 'voll-funktionsfähigen Persönlichkeit' hin zu verwirklichen. Sie sollen im

Gespräch mit dem Partner "Ich-Botschaften" senden, sich zu ihren momentanen Gefühlen bekennen und sie offen in nicht anklagender Form dem Partner mitteilen.

- Die Klienten sollen lernen, aktiv zuzuhören. Dies ermöglicht es ihnen, das Erleben des Partners mitzuvollziehen.

Therapeutenverhaltensweisen zur Verbesserung von dyadischer Interaktion

Entsprechend den genannten Therapiezielen ist es die Aufgabe der Therapeuten in der Partnertherapie, dem Klientenpaar Bedingungen zu schaffen, unter denen freie Entfaltung und ein größeres Ausmaß an Mitteilung und Mitvollzug möglich ist.

Dies entspricht auch der Hauptforderung, die die klientenzentrierte Einzeltherapie an den Therapeuten stellt, nämlich, den Klienten zur Selbstverwirklichung und vollen Handlungsfähigkeit zu verhelfen.

Der Therapeut soll in der Einzeltherapie hierfür drei Hauptvariablen realisieren:

- Positive Wertschätzung und emotionale Wärme
- Echtheit und Selbstkongruenz in der Beziehung zum Klienten
- Verbalisierung emotionaler Erlebnisinhalte

Da bereits zahlreiche Beschreibungen dieser Variablen in der Literatur vorliegen (TAUSCH, 1975; BOMMERT, 1977; PAVEL, 1978; MINSEL, 1974), wird an dieser Stelle auf eine Beschreibung verzichtet. Die Variablen werden in der für unser Konzept modifizierten Form in Kapitel I, B.2. dargestellt.

Nachdem die klassische Gesprächspsychotherapie (ROGERS, 1959; TAUSCH, 1975) sich hauptsächlich auf diese drei Variablen stützt, werden inzwischen von den meisten Forschern und Therapeuten noch andere Variablen für wesentlich erachtet (vgl. MINSEL, 1979). Zahlreiche Untersuchungsergebnisse deuten darauf hin, daß diese drei Gesprächspsychotherapie-Basisvariablen nicht ausreichen, um den Therapieprozeß befriedigend zu erklären (vgl. dazu BOMMERT, 1977). In zunehmendem Maße wird versucht, zusätzliche Merkmale des Therapeutenverhaltens zu berücksichtigen, wie z. B. "aktives Bemühen" (MINSEL et al. 1973) und die bisherigen Merkmale ausdifferenzieren, zu präzisieren (SCHWARTZ, 1975).

Bisherige Versuche, die Gesprächspsychotherapie von ihrer Form der Einzeltherapie mit Erwachsenen auf andere spezifische therapeutische Situationen zu übertragen, wurden vor allem in der Kindertherapie (SCHMIDTCHEN, 1974, 76) und in der Gruppentherapie (FRANKE, 1978) unternommen. Aufgrund der Befunde scheint es nach MINSEL (1979) "einsichtig und vertretbar, in diesem Sinne weiterhin aktiv zu sein und erprobte theoretische Konstrukte und damit verbundene Verfahrensweisen in das Konzept der Gesprächstherapie zu integrieren." (S. 96).

Überträgt man die Forderungen der Einzeltherapie auf die Partnertherapie, heißt das, daß die Therapeuten eine Atmosphäre schaffen, die es beiden Partnern erleichtert, die eigenen Gefühle und die des Partners zu explorieren (vgl. PAVEL, 1978). Da wir diese Atmosphäre als wesentliche Voraussetzung für eine Partnertherapie ansehen, übernehmen wir für unser Konzept die drei Basisvariablen der Gesprächspsychotherapie, 'Echtheit', 'emotionale Wärme', 'Verbalisierung emotionaler Erlebnisinhalte'.

Grenzen des klientenzentrierten Ansatzes bei der Übertragung auf Partnertherapie

Zur Beantwortung der Frage "Wieweit bietet die Gesprächspsychotherapie theoretische Grundlagen und therapeutische Hilfen für eine Partnertherapie?" haben wir bisher einige Möglichkeiten zur Übertragbarkeit des klientenzentrierten Ansatzes auf die Partnertherapie genannt. Die Gesprächspsychotherapie weist jedoch einige Defizite auf, die, auch in der Einzeltherapie spürbar (BOMMERT, 1977), in der Partnertherapie verstärkt zum Ausdruck kommen (PLOG, 1975; PAVEL, 1978).

Sie sollen im folgenden kurz aufgezeigt werden:

1. Die bestehenden sozialen Strukturen, die auf das Paar einwirken, und die konkrete gesellschaftliche Situation werden in den theoretischen Überlegungen von ROGERS (1959, 1973) fast gar nicht berücksichtigt, spielen jedoch im Alltag zur Lösung von Konflikten eine große Rolle. Dem sozialen Kontext, in dem das Einzelindividuum steht, wird zwar in der klientenzentrierten Partnertherapie schon eher Rechnung getragen als in der Einzeltherapie, da die enge Bezugsperson hier direkt in das Geschehen mit einbezogen ist.

Der äußere Einfluß auf das Individuum und die Partnerschaft wird aber noch zu wenig berücksichtigt. Die Theorie der Gesprächspsychotherapie schreibt vielmehr jedem Individuum und jedem Paar grundsätzlich die Fähigkeit zu, Probleme selbst zu lösen und sich in positiver Richtung selbst zu verwirklichen (ROGERS, 1959). Für die persönliche Entwicklung in einer Partnerschaft müßte demnach gelten, daß innerhalb einer Paarbeziehung Konflikte und Interaktionsschwierigkeiten durch die eigene Kraft des

Systems überwunden werden können.

Diese Annahme muß jedoch aufgrund bisheriger Erfahrungen relativiert werden.

"Bei diesem Konzept wird übersehen, daß sich der Mensch nicht aus sich selbst heraus entfalten kann, sondern von der Geburt an auf die Interaktion mit Bezugspersonen aus seiner sozialen Umwelt angewiesen ist, die ihm Anregungen geben und Anforderungen an ihn stellen." (BOMMERT, 1977, S. 47)

Gerade im Hinblick auf eine Partnertherapie muß betont werden, daß die Qualität der partnerschaftlichen Beziehung die individuelle Entwicklung der Partner fördern oder hemmen kann (vgl. PAVEL, 1978; RICHTER, 1970).

Auch in bezug auf ungenau Formulierungen wird das theoretische Konzept der Gesprächspsychotherapie in letzter Zeit zunehmend kritisiert.

VAN QUEKELBERGHE (1978) hebt hervor:

- Die Thesen von ROGERS sind mit "unklaren oder vieldeutigen Ausdrücken formuliert. Kernbegriffe wie 'Erfahrung', 'Selbst', 'Aktualisierung' etc. sind nur vage umrissen.
- Genaue Entscheidungskriterien, die die Zuordnung eines Phänomens zum Geltungsbereich einer These bestimmen, werden nicht gemacht (Wie kann man eine starre von einer flexiblen Selbststruktur unterscheiden? Nach welchen Kriterien lassen sich eine verzerrte von einer richtigen Symbolisierung unterscheiden? etc.)." (S. 261)

Zusätzlich zu dieser allgemeinen Kritik werden einige Kernannahmen wegen ihrer prinzipiellen Unüberprüfbarkeit kritisiert. "Zu den empirisch nicht überprüfbaren Sätzen gehört die Annahme einer angeborenen Aktualisierungstendenz, von der das Individuum in Richtung einer größeren Differenzierung und zunehmenden Selbständigkeit bewegt wird" (VAN QUEKELBERGHE, 1978, S. 262). MINSEL/ZIELKE (1977) sehen vor allem in der kaum zu leistenden Operationalisierung von Begriffen im Gesprächspsychotherapie-Konzept einen wesentlichen Kritikpunkt.

2. Weiterhin impliziert die Theorie von ROGERS (1959, 1973), daß nur über die Veränderung des individuellen Erlebens Veränderungen des Handelns erreicht werden können, die Wechselwirkung zwischen beiden Aspekten wird weitgehend außer Acht gelassen.

Die Gesprächspsychotherapie beschäftigt sich demnach hauptsächlich mit Erlebensphänomenen (BASTINE, 1976).

3. Die einseitige Betonung des Individuums hat zur Folge, daß bei diesem Ansatz der interaktionelle Aspekt der beiden Partner zu wenig berücksichtigt wird.

Das Paar wird in der Gesprächspsychotherapie nicht als funktionales System gesehen, sondern als zwei Individuen, wie aus ROGERS' Konzept der Gruppe (1970) abgeleitet werden kann.

"Unabhängig davon, ob es sich um eine Einzeltherapie oder um eine Gruppentherapie handelt, Therapieziel ist in jedem Fall die sich selbst verwirklichende Person." (FRANKE, 1978, S. 28)

So wie für ROGERS das therapeutische Potential der Gruppe immer aus den Fähigkeiten der einzelnen Mitglieder besteht, sieht er auch die Bedingungen zu einer guten Beziehung in der 'Selbstverwirklichung' der einzelnen Personen. "Wenn ROGERS 'die Gruppe' sagt, so heißt das für ihn immer: Mehrere Individuen. Die Gruppe als eigene Entität gibt es für ihn nicht." (FRANKE, 1978, S. 29)

4. Zum praktischen Vorgehen

Bezogen auf unsere Klientenziele liegt die Bedeutung gesprächspsychotherapeutischen Verhaltens vor allem darin, daß es den Klienten ermutigt, sich aktiv mit sich selbst und seinen Gefühlen, vor allem

in bezug auf den Partner, auseinanderzusetzen. Aufgrund der von uns dargestellten speziellen Anforderungen an eine Partnertherapie (vgl. I.2.2.) wird deutlich, daß dieses Therapeutenverhalten zur Förderung der Klientenziele allein nicht ausreicht. Als Defizite der therapeutischen Verhaltensweisen in der Gesprächspsychotherapie sehen wir vor allem die Nichtlenkung und den Verzicht auf strukturierende Interventionen an.

Neben der Notwendigkeit, diesen Ansatz auch für die Einzeltherapie zu überdenken und auszudifferenzieren (vgl. S.36 der vorl. Arbeit), müssen vor allem für die Partnertherapie andere Interventionstechniken zusätzlich verwendet werden (PAVEL, 1978).

Dies liegt vor allem darin begründet, daß die Partnertherapie aufgrund ihrer Kommunikationsstruktur eher komplexer und unübersichtlicher als eine Einzeltherapie abläuft. Deshalb sehen wir gerade hier gewisse Strukturierungen und andere im Sinne der Gesprächspsychotherapie "direktive" Methoden als sehr notwendig an.

Da die Gesprächspsychotherapie-Variablen vor allem ein therapeutisches Grundverhalten darstellen (TSCHÉULIN, 1972, 1980) und feststeht, daß sie für spezielle Fälle modifiziert und erweitert werden müssen (MINSEL/ZIELKE, 1977), sehen wir dieses Verhalten für eine Verbindung mit anderen Methoden durchaus geeignet.

Aus den dargestellten Überlegungen wird deutlich, daß die Gesprächspsychotherapie für die Verbesserung der dyadischen Interaktion zwar theoretische und praktische Ausgangspunkte und Richtlinien bietet, selbst jedoch kein umfassendes Modell für Partnertherapie und keinen eigenen Erklärungsansatz

für Störungen in der Partnerschaft entwickelt hat. Dies ist allerdings auch nicht zu erwarten, da diese Therapiemethode eine sehr individualistische Perspektive hat. Deshalb wollen wir die Kommunikations- und die Verhaltenstherapie hinzuziehen, die den in der Gesprächspsychotherapie mangelhaft berücksichtigten Gesichtspunkten stärkeres Gewicht einräumen.

2.2.2. Die Verbesserung von dyadischer Interaktion aus der Sicht der Kommunikationstherapie

Grundannahmen zur dyadischen Interaktion

Um das einseitig individuumzentrierte Bild der Gesprächspsychotherapie zu erweitern, wenden wir uns der Kommunikationstherapie zu, die die neue, eigenständige Qualität eines Systems betont, die durch das Zusammenwirken der beteiligten Personen entsteht.

Unter Kommunikationstherapie verstehen wir therapeutisches Vorgehen, bei dem "Beobachtung, Diagnose und Analyse des Verhaltens auf Kommunikationsstrukturen und -stilen basieren, therapeutische Interventionen auf diese abzielen und geplante Änderungen des Verhaltens hier ansetzt." (NELLESSEN, 1979, S. 251). In der Kommunikationstherapie geht es also darum, "Kommunikationsstrukturen zu identifizieren, die diagnostisch bedeutsam sind und das Planen des bestmöglichen psychotherapeutischen Vorgehens gestatten" (WATZLAWICK et al., 1969, S. 47).

Wir beziehen uns hauptsächlich auf den Ansatz von WATZLAWICK et al. (1969), die sich von der monadischen Auffassung der Psychoanalyse lösen, die Wechselseitigkeit von Kommunikationsprozessen betonen und versuchen, deren Gesetzmäßigkeiten mit Hilfe der Systemtheorie zu beschreiben. Dieser Ansatz hat "die wohl weiteste Verbreitung bei Wissenschaftlern wie Laien gefunden" (WANNEMACHER 1979, S. 88) und wesentliche Impulse für die Kommunikationstherapie bzw. für die theoretische Fundierung und die Praxis klinischer und pädagogischer Einstellungs- und Verhaltensänderungen geliefert.

In der Systemtheorie kommt dem interaktionellen Aspekt der beiden Individuen wesentlich größere Bedeutung als in der Gesprächspsychotherapie zu. Außerdem wird die Beeinflussung des Paares von außen stärker berücksichtigt. Die Systemtheorie bietet weiterhin in

Ergänzung zu den gesprächspsychotherapeutischen Grundlagen ein theoretisches Erklärungsmodell für Vorgänge in der Interaktion an.

WATZLAWICK et al. (1969) sehen Dyaden als offene, dynamische, lernende informationsverarbeitende Systeme. Die Autoren beschreiben grundlegende Eigenschaften, durch die solche Systeme gekennzeichnet sind, von denen wir vor allem die Begriffe "Ganzheit" und "Übersummation" für unseren Ansatz als wesentlich erachten.

Ganzheit: Aufgrund des ständigen Zusammenwirkens aller Teile kann bereits die Veränderung eines Teils das ganze System verändern. Wichtig wird dieser Aspekt oft bei der Verbesserung oder Verschlechterung des Zustandes eines "kranken" Mitglieds des Systems, so daß oft nach Besserung des Zustandes eines behandelten Mitglieds ein anderes erkrankt, falls nicht von vornherein dem Systemcharakter Rechnung getragen wird (RICHTER, 1970).

Übersummation: Dieser Begriff bedeutet, daß Systeme mehr sind als nur die Summe ihrer Teile, sondern daß sie vielmehr geeignet sind, ganz neue und andersartige Qualitäten durch das Zusammenwirken der Teile zu erreichen (WATZLAWICK et al., 1969).

WATZLAWICK geht somit auch davon aus, daß die Organisation offener Systeme die beste Erklärung der Systeme ist, und stellt sich deshalb nicht die Frage WARUM, sondern WIE das System funktioniert. Dabei nimmt er an, daß in länger andauernden Beziehungen sich wiederholende, redundante Kommunikationsabläufe zu beobachten sind. Es entwickeln sich Kommunikationsstrukturen, wenn Interaktionen eine gewisse Regelmäßigkeit erreicht haben, die WATZLAWICK et al. (1969) durch Axiome beschreiben, aus denen wesentliche Kommunikationsstörungen ableitbar sind:

- a) Aus dem Axiom "Man kann nicht nicht kommunizieren" (S.53)

ist hauptsächlich die Störung abzuleiten, die als 'Entwertung' des Partners bezeichnet wird. Von den

Möglichkeiten, sich aus zwischenmenschlichen Auseinandersetzungen herauszuziehen, um eine Stellungnahme zu vermeiden, ist die Reaktion der 'Entwertung' wohl die destruktivste. Problematisch ist hier vor allem, daß die Gesprächspartner eigentlich darum wissen, daß es unmöglich ist, nicht zu kommunizieren, daß sie es aber trotzdem versuchen. Eine Entwertung kann z. B. dadurch zustande kommen, daß der Sprechende versucht, seine eigenen Mitteilungen oder die des anderen einer klaren Bedeutung zu berauben, etwa durch Widersprüchlichkeit, Themenwechsel o.ä..

- b) Bei Störungen zwischen der Inhalts- und Beziehungsebene legen wir die Annahme zugrunde:

"Jede Kommunikation hat einen Inhalts- und einen Beziehungsaspekt, derart, daß letzterer den ersteren bestimmt und daher eine Meta-Kommunikation ist."
(S.56)

Hier treten vor allem dann Störungen auf, wenn die Partner sich auf der Inhaltsstufe einig, auf der Beziehungsebene jedoch uneinig sind. Besondere klinische Bedeutung haben Situationen, in denen eine Person gezwungen wird, ihre Wahrnehmungen auf der Inhaltsstufe zu bezweifeln, um eine für sie wichtige Beziehung nicht zu gefährden (double-bind).

- c) Störungen der Kommunikationsabläufe sind abzuleiten aus der Behauptung:

"Die Natur einer Beziehung ist durch die Interpunktion der Kommunikationsabläufe seitens der Partner bedingt." (S.61)

Widersprüchliche Interpunktionen von Ereignisabläufen können zu Konflikten führen, die allmählich gegenseitiges Anklagen von Böswilligkeit als scheinbar einzige Art der Auseinandersetzung zulassen. Bei all diesen Konflikten ist der Streitpunkt die Ursache-Wirkungsdefinition (z. B. er zieht sich zurück, worauf sie nörgelt; oder sie nörgelt, worauf er sich zurückzieht).

- d) Die Problematik widersprüchlicher Bedeutungen
läßt sich aus folgendem Axiom erklären:

"Menschliche Kommunikation bedient sich digitaler und analoger Modalitäten. Digitale Kommunikationen haben eine komplexe und vielseitige logische Syntax, aber eine auf dem Gebiet der Beziehungen unzulängliche Semantik. Analoge Kommunikationen dagegen besitzen dieses semantische Potential, ermangeln aber der für eindeutige Kommunikation erforderlichen logischen Syntax." (S. 68)

Bei Konflikten über die Bedeutung von Analogiekommunikationen versucht oft jeder, so zu übersetzen, daß seine Definition der Beziehung in Einklang mit der Information steht. Dies muß für den Partner jedoch überhaupt nicht zutreffen (z. B. Motivation für ein Geschenk: Bestechung, Wiedergutmachung, Zuneigung ...?).

- e) Das Gleichgewicht in einer Beziehung ist definiert durch das Axiom:

"Zwischenmenschliche Kommunikationsabläufe sind entweder symmetrisch oder komplementär, je nachdem, ob die Beziehung zwischen den Partnern auf Gleichheit oder auf Unterschiedlichkeit beruht." (S. 70)

Bei gestörten symmetrischen Beziehungen herrscht meist ein ständiger Kampf, der in der Verwerfung der Selbstdefinition des Partners besteht. Tragischer sind allerdings gestörte komplementäre Beziehungen, da hier die Selbstdefinitionen des Partners entwertet werden.

Aus den dargestellten Axiomen und Kommunikationsstörungen läßt sich für unser Konzept ableiten:

- o Wichtig für eine erfolgreiche Kommunikation ist die Beachtung der Axiome für die Struktur und Entwicklung einer Beziehung.

Ziele zur Verbesserung von dyadischer Interaktion

Es werden hier zwar keine detaillierten, allgemeingültigen Kriterien für optimale Kommunikation genannt, sondern eher ein Raster zur Wahrnehmung und Strukturierung von den Partnern häufig nicht bewußten Kommunikationsregeln zur Verfügung gestellt. Jedoch lassen sich neben der Verbesserung der Selbstexploration, die als gemeinsames Ziel von Gesprächspsychotherapie und Kommunikationstherapie angesehen werden kann, hier noch weitere Ziele für das Gelingen einer Kommunikation ableiten, die stärker den interaktionellen Aspekt betreffen:

- lernen, die Art der Interpunktion aufzugeben
- Interpunktionsabläufe zugänglich machen
- lernen, Metakommunikation zu führen
(vgl. ANNEKEN et al., 1978).

Therapeutenverhaltensweisen zur Verbesserung von dyadischer Interaktion

Die Hauptaufgabe des Therapeuten ist in der Kommunikationstherapie, daß er als Außenstehender die festgefahrenen Kommunikationsregeln und Strukturen eines Paares identifizieren, unterbrechen und verändern hilft. Der Therapeut interveniert hauptsächlich durch die Variablen:

- Metakommunikation und
- Paradoxe Verschreibung

(WATZLAWICK et al., 1969; SELVINI PALAZZOLI et al. 1977)

Wir übernehmen für unser Konzept die Variable "Meta-kommunikation" aus der Kommunikationstherapie.

Die Paradoxe Verschreibung - das bedeutet z. B., daß der Therapeut das gestörte Verhalten, das spontan ausgeführt wird, weiterhin ausführen läßt, sozusagen "verschreibt", wodurch es natürlich nicht mehr spontan ist - lassen wir unberücksichtigt. Diese Verschreibungen beziehen sich hauptsächlich auf Verhaltensweisen außerhalb der Therapiesituation, und das verbale Verhalten spielt hier eher eine untergeordnete Rolle.

Außerdem widerspricht dieses Therapeutenverhalten dem Postulat der Selbstregulation, da das vom Klienten ausgeführte Verhalten eher direktiv von außen bestimmt wird. Die Einsicht des Klienten bzw. die Transparenz der Therapeutenintervention fehlt, die wir jedoch als Grundlage in unserem Konzept fordern.

Das Element Metakommunikation halten wir jedoch für sehr wesentlich, wenn es darauf ankommt, nach Strukturen der Kommunikation zwischen den Partnern zu suchen und den Prozeß der Auseinandersetzung mit der eigenen Kommunikation bei den Klienten in Gang zu setzen. In der Kommunikationstherapie geht es nicht darum, die Entstehung einer bestimmten gestörten Beziehungsstruktur zu verdeutlichen, sondern darum, was jetzt zu ihrer Beeinflussung zu tun ist.

Gerade eine solche Verdeutlichung scheint uns in der Partnertherapie sehr wichtig, damit die Partner sich selbst und einander besser verstehen und akzeptieren lernen.

Der Schwerpunkt der therapeutischen Arbeit liegt in der Korrektur von Diskrepanzen in der Sicht der Kommunikation, was sich mit dem Gesprächspsychotherapiekonzept gut vereinbaren läßt. Daher nehmen wir die Technik der Metakommunikation als wichtiges Hilfsmittel der Therapeuten, um destruktive Kommunikationsstrukturen bei Klienten zu durchbrechen und Interaktionsabläufe zu verdeutlichen, was als erklärtes Ziel der Therapie gilt.

An dieser Stelle sei noch einmal betont, daß wir die Kommunikationstherapie als Ergänzung des gesprächspsychotherapeutischen Ansatzes sehen. Denn, wenn die Kommunikationstherapie auch einige Mängel der Gesprächspsychotherapie ausgleichen kann, so weist sie andererseits, für sich betrachtet, ebenfalls Defizite auf: Sie sieht in einer Partnerschaft die einzelnen Personen als "Gegner" an und betont deren gegenseitige Abhängigkeit. Der Partner wird hier nur in der Rolle des Partners gesehen und nicht als ein eigenständiges Individuum.

Eine Partnertherapie, die rein kommunikationstherapeutisch ausgerichtet ist, würde unseren Zielen nicht entsprechen, da die in der Theorie zum Ausdruck kommende Annahme, daß die Partner im Grunde "Gegner" sind, diesen Zielen zuwider läuft.

WATZLAWICK et al. (1969) setzen wesentliche Impulse zur Theorie und Analyse menschlicher Kommunikation, die Angaben zum praktischen Vorgehen sind jedoch sehr spärlich. NELLESSEN (1979) kritisiert, daß die Autoren weder in "Menschliche Kommunikation" (1969) noch in "Lösungen" (1974) eine nachvollziehbare Behandlungstechnik darlegen. Vielmehr werden einzelne Interventionstechniken wie die Symptomverschreibung oder die therapeutische Doppelbindung beschrieben. Der Planungs- und Handlungsrahmen dieser Interventionen bleibt jedoch offen. "Wie erreichen WATZLAWICK et al. zum Beispiel die für die therapeutische Doppelbindung erforderliche und sie tragende positive Therapeut-Klient-Beziehung? Darüber erfährt man nichts." (NELLESSEN, 1979, S. 252).

Diese beiden Ansätze, Gesprächspsychotherapie und Kommunikationstherapie, bilden den Schwerpunkt unseres Beispiels einer integrativen Partnertherapie. Hinzu kommen noch Elemente aus der Verhaltenstherapie, da wir es für notwendig halten, konkrete Übungsmöglichkeiten für neue Verhaltensweisen zu bieten.

2.2.3. Die Verbesserung von dyadischer Interaktion aus der Sicht der Verhaltenstherapie

Grundannahmen zur dyadischen Interaktion (Lerntheorie)

Die Lerntheorie geht folgendermaßen in unser Konzept mit ein:

Zum einen wird in letzter Zeit zunehmend versucht, durch lerntheoretische Prinzipien wie "Gegenkonditionierung", "Diskriminationslernen" u. ä. die Vorgänge in der klientenzentrierten Einzeltherapie zu erklären (TAUSCH, 1975; BOMMERT, 1975/1977). MARTIN (1975) bietet hierzu einen ausführlicheren Versuch, die Gesprächspsychotherapie durch lerntheoretische Prozesse zu erläutern. Diese Ansätze spielen natürlich auch in der klientenzentrierten Partnertherapie eine Rolle, sollen hier jedoch nicht im einzelnen näher ausgeführt werden (vgl. hierzu BOMMERT, 1977, S. 49 ff).

Zum anderen wollen wir für unsere Zielbestimmung auch die Grundlagen verhaltenstherapeutisch ausgerichteter Partnertherapie berücksichtigen, die im folgenden kurz angesprochen werden:

Der Begriff "Verhaltenstherapie" umschreibt eine Sammlung verschiedener therapeutischer Interventionen, als deren 'gemeinsamer Nenner' die Orientierung an lerntheoretischen Grundsätzen betrachtet werden kann. Es existiert daher keine einheitliche, explizite Theorie der Verhaltenstherapie. Grundlegend kann jedoch gesagt werden, daß die Vertreter der Verhaltenstherapie von der Annahme ausgehen, daß der Mensch durch äußere und innere (kognitive) Reizbedingungen determiniert ist, und daß sie die Persönlichkeit als Ergebnis einer Interaktion von Reifung und Lernprozessen in der Auseinandersetzung mit der Umwelt begreifen (vgl. BLÖSCHL, 1969; KRAIKER, 1974).

Aus der Vielfalt der lerntheoretischen Annahmen zur dyadischen Interaktion greifen wir die Grundlagen von STUART (1969) heraus, der als wichtigster Vertreter des lerntheoretischen Partnertherapie-Ansatzes gilt.

Das theoretische Konzept von STUART (1969) betont das Prinzip der gegenseitigen Steuerung von Verhalten durch positive oder negative Konsequenzen. Es handelt sich also um die Übertragung des Prinzips des operanten Konditionierens auf interpersonelle Systeme.

- Die Interaktionsmuster zwischen zwei Personen sind niemals zufällig, sondern repräsentieren zu jedem Zeitpunkt die beste Balance zwischen ihren individuellen Anstrengungen und den Belohnungen, die sie dafür vom Partner erhalten. Hier gehen die Annahmen der "Exchange-Theorie" ein (THIBAUT/KELLEY, 1959), die besagt, daß Interaktion nach dem "Kosten-Nutzen-Prinzip" verläuft (vgl. GRAUMANN, 1972).
- Die zweite Annahme geht davon aus, daß beide Partner in ihrer Partnerschaft langfristig eine reziproke, gleichberechtigte Beziehung anstreben. Diese entwickelt sich aber erst aus der Erfahrung gegenseitiger positiver Verstärkungen. In gestörten Beziehungen ist die Rate positiver wechselseitiger Verstärkungen sehr niedrig. Sie zeichnen sich dadurch aus, daß jeder Partner versucht, seine Investitionen möglichst niedrig zu halten, da er nicht mit Gegenleistungen rechnen kann. Er versucht seinerseits, Verstärkung zu erlangen, indem er den Partner unter Druck setzt, oder er zieht sich ganz zurück.
- Um eine gestörte Interaktion zu verbessern, ist es notwendig, bei beiden Partnern die Möglichkeit zu fördern, dem anderen Verstärkungen zu vermitteln.

STUART weist auf vier Schwierigkeiten in gestörten Beziehungen hin:

Die Partner wünschen sich häufig nur eine Reduzierung negativer Verhaltensweisen voneinander, jedoch ist der Aufbau positiver Alternativ-Verhaltensweisen notwendig, um den Teufelskreis der negativen Verstärkung zu durchbrechen.

Zum anderen werden die positiven Verhaltenswünsche nicht in verhaltensnaher, klarer und eindeutiger Sprache dem Partner mitgeteilt. Jedoch ist die genaue Beschreibung des gewünschten Verhaltens, seiner Häufigkeit und des Kontextes, in dem es erwartet wird, wesentlicher Aspekt. Die dritte Schwierigkeit liegt darin, daß den Partnern häufig die Notwendigkeit, sich überhaupt wechselseitig ihre Wünsche mitzuteilen, klar werden muß. Ein weiteres Problem liegt in der Interpunktion der Verhaltenssequenzen. Diese Interpunktionsstreitereien ergeben sich aus dem Nichtäußern der Wünsche. Dadurch wird der eigene Rückzug mit dem Vermissen des Entgegenkommens des Partners begründet. Diese Paradoxie des "Aufeinanderwartens" kann nur durch offene Kommunikation der Gefühle und Wünsche gelöst werden.

Ziele zur Verbesserung der dyadischen Interaktion

Zusammenfassend lassen sich als wichtige Bestimmungsstücke für eine gute Kommunikation aus der Lerntheorie folgende Ziele nennen:

- Die Rate positiven Verhaltens soll erhöht werden.
 - Reziproke positive Verstärkung soll aufgebaut werden.
 - Klares, deutliches Mitteilen von Verhaltenswünschen an den Partner soll gefördert werden.
- (vgl. ANNEKEN et al., 1978)

Therapeutenverhaltensweisen zur Verbesserung von dyadischer Interaktion

Ausgehend von der Annahme, daß Partnerschaftsstörungen das Resultat inadäquater Kommunikationsstrategien sind, zielen die Interventionen auf die Vermittlung adäquater Konfliktlösungsstrategien ab (z. B. MANDEL et al., 1971, 1975; WAHLWEG et al., 1979).

Als Hauptaufgabe des Therapeuten ergibt sich daher die Analyse des Fehlverhaltens der Klienten und der Aufbau von neuen Verhaltensweisen. Die Therapie findet in mehreren Schritten nach lerntheoretischen Prinzipien statt.

Der Therapeut

- identifiziert die gegenseitig erwünschten Verhaltensweisen der Partner,
- analysiert Bedingungen, die dieses Verhalten erhöhen,
- trifft bestimmte Maßnahmen, läßt Übungen u. ä. durchführen.

Durch die komplexere Situation der Partnertherapie mit vier Gesprächsteilnehmern scheint uns strukturierendes Therapeutenverhalten notwendig, wie schon bei der Diskussion der Gesprächspsychotherapie erwähnt. Die Verhaltenstherapie bietet hier Möglichkeiten zu aktivem Erlernen von neuen Verhaltensweisen, was unserer Meinung nach zur Veränderung von festgefahrener Kommunikation gegeben sein muß. Der Therapeut fordert die Klienten zum Beispiel auf, bestimmte Verhaltensweisen direkt in der Therapiesituation auszuprobieren und Erfahrungen damit zu machen.

Wir übernehmen für unser Konzept einige "Übungen" aus der Verhaltenstherapie, vor allem zum konkreten Wünschen-Äußern und zum "Konfliktgespräch". Außerdem gehen in unser Konzept Elemente aus der Verhaltenstherapie mit ein, die wir zusammen mit anderen prozeßstrukturierenden Verhaltensweisen zu einer Variablen zusammenfügen und als 'Organisierung' bezeichnen (genaue Ableitung s.S. 94 ff.der vorl. Arbeit).

2.3. Klientenziele und Therapeutenverhaltensweisen für eine integrative Partnertherapie auf der Basis der Verbesserung von dyadischer Interaktion

In den vorhergehenden Kapiteln haben wir den Rahmen für unsere Klientenziele und Therapeutenverhaltensweisen abgesteckt.

Für unser Konzept fassen wir zusammen:

Als ersten Klientenzielbereich formulieren wir: "Sich selbst mitteilen können". Wir stützen uns hier vor allem auf den Gesprächspsychotherapie-Ansatz, in dem als Voraussetzung für eine gute Kommunikation gilt, daß das Individuum möglichst hohe Selbstkongruenz anstrebt und fähig ist, sich dem anderen mitzuteilen.

Mit diesem Streben nach Selbstkongruenz läßt sich vor allem die Auffassung des systemtheoretischen Ansatzes vergleichen, daß geringe Selbstachtung und gestörte Kommunikation eng zusammenhängen, so daß die Verbesserung von Selbstexploration auch als ein Ziel der Kommunikationstherapie genannt werden kann (SATIR, 1973).

Unser zweiter Zielbereich "Auf den anderen eingehen können", ist nach WATZLAWICK als ein offener Rückkopplungsprozeß anzusehen, als ein "Daraufeingehen", was der Empfänger glaubt, verstanden zu haben. Da dieses Daraufeingehen aber nicht nur ein Eingehen auf die Botschaft an sich, sondern immer auch auf die Person des Senders und den situativen Kontext ist und da nach ROGERS (1959) und GORDON (1972) das Verständnis der Botschaft dem Partner möglichst partnerzentriert mitgeteilt werden soll, haben wir diesen Zielbereich "Auf den anderen eingehen" genannt.

Der dritte Zielbereich, "Über die Kommunikation selbst reden", ist im wesentlichen dem Ansatz von WATZLAWICK et al. (1969) entnommen. Diesem Zielbereich kommt eine besondere Bedeutung bei Störungen und Weiterentwicklungen

des Kommunikationssystems zu. Das Reden über die Kommunikation, also Metakommunikation, ist vor allem notwendig, um Interpunktionsabläufe verändern zu können. Obwohl dabei ebenfalls Sender- und Empfängerfertigkeiten eingehen, handelt es sich um einen Kommunikationsprozeß höherer Ordnung, so daß es sinnvoll ist, diese Art von Fertigkeiten als gesonderten Zielbereich aufzufassen.

Der Lerntheorie kommt in unserem Konzept eine untergeordnete Bedeutung zu (im Vergleich zu anderen Konzepten wie zum Beispiel bei MANDEL et al. (1971)), da wir das Schwergewicht auf explizite verbale Kommunikation und nicht auf Verhaltensmodifikation legen. Diese Übergänge sind jedoch fließend. Wir entnehmen als einen für uns wichtigen Aspekt aus der Lerntheorie, daß wechselseitige Verstärkung notwendig ist für optimale Kommunikation.

Aus diesen Überlegungen heraus definieren wir folgende Zielbereiche als in der Therapie zu fördernde Kommunikationsmerkmale:

- Zielbereich I : - "Sich selbst mitteilen können"
Zielbereich II : - "Auf den anderen eingehen können"
Zielbereich III : - "Über die Kommunikation selbst reden können".

Als Begründung für diese Zielbereiche sei hier noch einmal kurz zusammengefaßt:

- Diese Ziele lassen sich als wesentliche Merkmale einer gut funktionierenden dyadischen Interaktion von der Theorie der Gesprächspsychotherapie, der Systemtheorie und der Lerntheorie her ableiten.
- Ihre Relevanz scheint uns durch Untersuchungen zur Interaktionsverbesserung und zu therapeutischem Vorgehen hinreichend begründet.
- Ein weiteres Argument ergibt sich aus Plausibilitätsüberlegungen, das heißt, sie erscheinen uns zur Erreichung unseres Hauptzieles am geeignetsten: wir nehmen an, daß durch ihre Realisierung die Interaktion zwischen den Partnern verbessert werden kann.

Zur Förderung dieser Klientenziele haben wir den Ansatz der Gesprächspsychotherapie mit Elementen aus der Kommunikationstherapie und der Verhaltenstherapie erweitert. Schließlich kommen wir zu einem Konzept, das neben den Basisvariablen("Echtheit", "positive Wertschätzung" und "Modellverhalten") folgende vier spezielle Therapeuten-Variablen enthält:

"Verbalisierung emotionaler Erlebnisinhalte", "Metakommunikation", "Organisierung" und "Übungen" .

Die genannten Klientenziele und Therapeutenvariablen sollen im folgenden Kapitel genau definiert und die Ableitung im einzelnen begründet und beschrieben werden.

B. ABLEITUNG DER KLIENTENZIELE UND DER THERAPEUTEN- VERHALTENSWEISEN

1. KLIENTENZIELE

Im folgenden Abschnitt soll der Forderung nach einer ausführlichen Explikation der Ziele entsprochen werden, indem die im vorangegangenen Kapitel aufgestellten Zielbereiche hier durch einzelne spezielle Klientenziele konkretisiert werden.

Wir orientieren uns bei dieser Konkretisierung an einzelnen Kommunikationsvariablen und bezeichnen deshalb die speziellen Klientenziele auch als 'Variablen'.

Um beobachtbare Variablen zu finden, beschreiben wir unser Hauptziel "Verbesserung der Kommunikation" zunächst in verschiedenen Dimensionen, da verschiedene Funktionsbereiche zur Verwirklichung des Zieles gefordert werden. In Anlehnung an SADER et al. (1976), die ein Modell zur Verbesserung der Interaktionskompetenz durch gruppendynamische Trainings aufstellten, wählen wir folgende Einteilung, die uns auch bei der Erfassung von Partnerinteraktion geeignet erscheint: Wir gehen einerseits von der Dimension VERHALTENS-REPERTOIRE aus und andererseits von INTERNALEN DIMENSIONEN, worunter wir "kognitive Einsichten", "Einstellungen und Wertungen" und "emotionales Gefüge" fassen.

Für die angestrebten Ziele sind gewisse Fähigkeiten notwendig, die in der Interaktion und somit auf der Verhaltensebene zum Tragen kommen. Ein Ansetzen bei der verbalen Kommunikation schließt immer ein Ansetzen bei anderen Faktoren mit ein, denn die genannten Bereiche stehen in ständiger Wechselwirkung zueinander. Weil die explizite verbale Kommunikation für Problemlösungen im zwischenmenschlichen Bereich besonders wichtig ist (vgl. WATZLAWICK et al., 1969; GRAWE, 1976), scheint uns als Ansatzpunkt zur Verbesserung einer Beziehung das aktuelle verbale Kommunikationsverhalten von zentraler Bedeutung.

Entsprechend unserer Annahme, daß die Kommunikation zwischen zwei Partnern ein geeigneter Ansatzpunkt ist, um die gesamte Beziehung der Partner zu verbessern, versuchen wir, das verbale Kommunikationsverhalten gezielt zu verändern und erwarten, daß sich dadurch auch andere Faktoren in der Beziehung, wie Einstellungen, Emotionen und ähnliches verbessern.

Wir wollen nun versuchen, unter Berücksichtigung dieses Ansatzens bei der verbalen Kommunikation die bisher herauskristallisierten Zielbereiche durch einzelne Variablen zu operationalisieren. Da diese explizit formulierten Ziele jedoch nicht losgelöst von einer bestimmten Grundhaltung zu sehen sind, nehmen wir darüber hinaus noch übergreifende Aspekte der verbalen Kommunikation, die unseres Erachtens in allen Variablen der drei Zielbereiche eine große Rolle spielen, als implizite Therapieziele in unser Konzept auf. Daher können wir das erwünschte Klientenverhalten einteilen in

- o die Grundhaltung, als "allgemeine, übergreifende Ziele" im Konzept beschrieben, die in jeden der expliziten Zielbereiche hineinspielt , jedoch nicht untersucht wird,
- o und die expliziten, speziellen Klientenziele, die wir im einzelnen untersuchen und auf Veränderung hin überprüfen.

In diesem Kapitel werden zunächst die übergreifenden, allgemeinen Ziele kurz beschrieben. Im Anschluß daran findet eine differenzierte Ableitung und Beschreibung der einzelnen expliziten Zielvariablen statt. Abschließend stellen wir Klientenziele noch einmal im Zusammenhang dar.

1.1. Allgemeine, übergreifende Ziele

Folgende Verhaltensmerkmale halten wir im Bereich der partnerschaftlichen Kommunikation für wichtige Ziele, die zusätzlich zu den expliziten Zielbereichen gefördert werden sollen: "positiver Beziehungsaspekt", "Klarheit/Eindeutigkeit" und "gegenwartsbezogenes Reden".

Wir bezeichnen sie als allgemein und übergreifend, weil sie durchgehend, sozusagen begleitend zu allen expliziten Zielbereichen notwendig sind und eine Grundlage für gute Kommunikation bieten (vgl. WATZLAWICK et al. 1969; SATIR, 1973). In dem integrativen Partnertherapie-Konzept ordnen wir diesen übergreifenden Zielen keine speziellen Therapeutenvariablen zu. Sie gehen vielmehr in der Form ins Konzept ein, daß die Therapeuten versuchen, bei der Förderung der speziellen Zielbereiche auch stets die übergreifenden Verhaltensweisen mit einzubeziehen. So ist darauf zu achten, daß zum Beispiel das "Reden über sich selbst" mit positivem Beziehungsaspekt klar, deutlich und gegenwartsbezogen geschieht.

Positiver Beziehungsaspekt:

Jede Äußerung beinhaltet außer der Information noch eine Beziehungsdefinition, die meist sogar als der wichtigere Teil der Mitteilung gilt (vgl. WATZLAWICK et al., 1969). Diese geht über den linguistischen Aspekt hinaus und ist dem Sender oft nicht bewußt. In gestörten Beziehungen fällt diese Definition häufig negativ aus, in Form von Vorwürfen, Entwertungen usw. Als ein zentrales Ziel unseres Partnertherapie-Konzepts streben wir an, daß Mitteilungen grundsätzlich mit positivem Beziehungsaspekt gegeben werden. Dies bedeutet nicht, daß der eine Partner wahllos alles gutheißen und bestärken soll, was der andere sagt und tut, sondern, daß er den anderen akzeptiert und ihm Zuwendung entgegenbringt.

Klarheit/_Eindeutigkeit:

Wenn es darum geht, dem Partner zu sagen, was man sich von ihm wünscht bzw. wie man ihn erlebt, geschieht das oft auf einer sehr allgemeinen und vieldeutigen Ebene, die Zweifel darüber läßt, was denn nun gemeint ist. Zum besseren Verständnis ist es für beide Kommunikationspartner wichtig, sich um Eindeutigkeit und Klarheit zu bemühen.

Klare und eindeutige Kommunikation heißt zunächst, daß keine Widersprüche zwischen der Inhalts- und Beziehungsebene stehen. Da die analoge Kommunikation meist mehrdeutig ist (WATZLAWICK et al., 1969), ist es notwendig, daß sich die Klienten konkret auf der verbalen Ebene äußern. Aber auch auf der verbalen Ebene kann der Ausdruck von Wünschen, Absichten und Gefühlen mehrdeutig sein, so daß sich hier grob zwei Kategorien unterscheiden lassen: der direkte und der indirekte Ausdruck von Gefühlen (etwa ~~durch~~ vorsichtige, indirekte Fragen etc.) (MANDEL et al., 1971; SATIR, 1973; SCHWÄBISCH/SIEMS, 1974; BOMMERT/PLESSEN, 1978).

Um diesen indirekten Ausdruck zu vermeiden, ist es unser Ziel, daß der Sender seine Absichten, Wünsche etc. konkret und explizit auf der verbalen Ebene äußert und daß diese Mitteilungen nicht im Gegensatz zu seinen nonverbalen Signalen stehen. Die Aufgabe des Partners ist es, bei zweideutigen Formulierungen nachzufragen und um Klarheit und Präzision zu bitten. Wir wollen erreichen, daß die Mitteilungen zunehmend konkreter, differenzierter und anschaulicher werden.

Gegenwartsbezogenes Reden:

Diese Forderung halten wir für wichtig angesichts der Tatsache, daß Partner sich häufig Ereignisse zum Vorwurf machen, die längst vorbei sind, und/oder dazu neigen, Prognosen zu stellen (SCHWÄBISCH/SIEMS, 1974).

Demgegenüber streben wir eine Zentrierung des Erlebens auf das Hier und Jetzt an. Dies entspricht den Forderungen der Einzelgesprächspsychotherapie, daß dem Klienten bewußt wird, was vergangene oder zukünftige Ereignisse für ihn aktuell bedeuten (TAUSCH, 1975), und er sich bemüht, bei Mitteilungen über die Vergangenheit und Zukunft den Bezug zur Gegenwart herzustellen.

"Gegenwartsbezogene Äußerungen haben unter sonst gleichen Bedingungen das größere Potential, die Selbst- und Fremdwahrnehmung zu stärken" (SIELAND, 1975, S.112).

Auf diesen Grundvoraussetzungen für eine gute Kommunikation aufbauend, beschreiben wir im folgenden die speziellen Klientenziele, die im einzelnen von den Therapeuten gefördert werden sollen.

1.2. Spezielle Ziele

Da die speziellen Klientenziele wesentlicher Ausgangspunkt zur Entwicklung des Konzepts und somit zur Durchführung der Therapien sind, nimmt dieses Kapitel relativ viel Raum ein. Durch die ausführliche Darstellung der Zielableitung soll die Entstehung des Konzepts gleichzeitig an Transparenz gewinnen.

Bei der Ableitung der Klientenziele geht es uns vor allem darum, die theoretischen Annahmen und empirischen Befunde aufzuzeigen, auf die sich unsere Begründungen stützen, nicht aber um eine umfassende Darstellung der behandelten Variablen in der bisherigen Literatur.

Die Klientenziele werden unter folgenden Stichpunkten behandelt:

Unter "Relevanz" werden die wesentlichen Gesichtspunkte zur Bedeutung der jeweiligen Variablen dargestellt.

Die Angaben zu den "Zielen in der Therapie" beschränken sich auf den speziellen Bereich, der mit unserem Partnertherapie-Konzept angegangen werden soll. Sie können daher nicht als vollständig und endgültig betrachtet werden und sind für Therapien mit anderen Hauptzielen entsprechend zu ergänzen oder zu verändern.

Die "kritischen Punkte" nehmen wir auf, da jede dieser Interaktionsvariablen bei inadäquatem Gebrauch auch dysfunktional sein kann.

Bei der Beschreibung der einzelnen Variablen wird in diesem Kapitel nur auf diejenigen kritischen Punkte hingewiesen, die für die jeweilige Variable spezifisch sind. Die allgemeinen negativen Konsequenzen werden in der Zusammenfassung diskutiert, da sie für jede dieser Variablen zutreffen.

Diese "kritischen Punkte" sind von den Therapeuten bei der Förderung der einzelnen Variablen derart zu berücksichtigen, daß sie die Klienten gegebenenfalls auch auf die Gefahren und negativen Konsequenzen eines bestimmten Verhaltens hinweisen.

1.2.1. "Sich selbst mitteilen können" (Zielbereich I)

Der Klientenzielbereich I "Sich selbst mitteilen können" wird in unserem Konzept durch zwei Variablen erfaßt:

"Selbstexploration" (SE) und
"Wünsche äußern" (WÜ).

Wir wollen durch diese Aufteilung die Variable "Wünsche äußern" gesondert betrachten, die in der Partnerinteraktion vielfach als besonders wichtig hervorgehoben wird (MANDEL et al. 1971; SATIR, 1973).

1.2.1.1. "Selbstexploration"

Definition:

Unter Selbstexploration verstehen wir das Mitteilen eigener, persönlich bedeutsamer Gefühle, Erlebnisinhalte, Einstellungen, Meinungen usw..

Zum Beispiel:

"Es verletzt mich unheimlich, wenn ich von Dir so eingeschätzt werde und ich frage mich dann, was hab ich denn eigentlich verkehrt gemacht? Irgendwie macht mich das ganz kaputt. Ich brauch da auch Dein Entgegenkommen."

Es handelt sich hier um die Selbstexplorations-Variable im engeren Sinne, wie sie auch vor allem in der klassischen Gesprächspsychotherapie behandelt wird (TAUSCH, 1975; TRUAX / CARKHUFF, 1972; BOMMERT, 1977).

Relevanz:

Die Bedeutung selbstexplorativer Äußerungen wurde sowohl für die Auseinandersetzung mit der eigenen Person als auch für den Bereich der zwischenmenschlichen Beziehungen erforscht.

Was den individuellen Bereich betrifft, so können wir die Wirkung von Selbstexploration durch einige empirische Ergebnisse aus der Gesprächspsychotherapie-Forschung gut belegen: (z. B. TAUSCH, 1975; BOMMERT, 1977, 1978).

TAUSCH charakterisiert die Veränderungen im Erleben und Verhalten, die er auf die offene Selbstexploration zurückführt, folgendermaßen:

"Vermehrte Akzeptierung, insbesondere der eigenen Gefühle - differenzierte Wahrnehmung der eigenen Person und der Umwelt - größeres Selbstvertrauen und mehr Selbststeuerung - die Fähigkeit, mehr die Person zu sein und sich entsprechend zu verhalten, die der Klient sein möchte - mehr Flexibilität und weniger Rigidität - Anstreben realistischer Ziele - reiferes Verhalten - vermehrte Akzeptierung anderer Menschen - verminderte Diskrepanz zwischen Selbst- und Idealkonzept durch Änderung des Selbstkonzepts - Nachlassen innerer Spannungen" - u. a. (TAUSCH, 1970, S. 76).

Weitgehende Selbstexploration stellt somit eine Art Selbststeuerung und Problemlösung im Alltag dar.

TSCHEULIN (1975) und VAN KESSEL (1976), beide von der PALO ALTO-Gruppe beeinflusst, kommen zu der Hypothese, daß der Klient durch erhöhte Selbstexploration gezwungen wird, Verantwortung für die eigene Kommunikation zu übernehmen, d. h. zunehmend auf inkongruente Kommunikation zu verzichten.

Diese Prozesse lassen sich auch in zwischenmenschlicher Interaktion als wichtige Voraussetzungen für einen störungsfreien Kommunikationsstil begreifen.

So haben sich z. B. konstruktive Vorgänge beim Gesprächspartner in folgenden Bereichen gezeigt: im Unterricht (TAUSCH, 1975), in der Kinderpsychotherapie (TAUSCH/TAUSCH, 1971), bei gruppendynamischen Seminaren (ROGERS, 1970; BÖDIKER/LANGE, 1975; RUITENBEEK, 1970; DÄUMLING et al, 1974), in der Eltern-Kind-Interaktion (GORDON, 1972), in der Psychiatrie (MANN, 1976).

Durch offene Selbstexploration wird die Wahrscheinlichkeit erhöht, Feedback vom Partner zu bekommen bzw. mit dessen Ansichten und Meinungen konfrontiert zu werden. So erhöht Selbstexploration die Chance, vom Interaktionspartner verstanden und akzeptiert zu werden, und damit auch die Chance, sich selbst zu akzeptieren (SIELAND, 1975).

Ein hohes Maß an Selbstexploration fördert die Verständigungsgrundlage der Partner, indem sie qualitativ bessere und differenziertere Informationen über die Beziehung liefert, und verringert so die Gefahr von sich selbst erfüllenden Prophezeiungen. Die Partner erfahren mehr über einander und sind weniger auf Vermutungen und Spekulationen angewiesen (MANDEL et al., 1971; SCHWÄBISCH/SIEMS, 1974; MILLER et al., 1974).

Hierbei wird stets der konstruktive Charakter von sogenannten "Ich-Botschaften" (mit Selbstexploration vergleichbar) betont im Gegensatz zu "Du-Botschaften" (GORDON, 1972). Ich-Botschaften scheinen weniger bedrohlich zu sein, da sie weniger zu Widerstand und Aggression provozieren, zum Beispiel: "Ich bin jetzt müde und brauch meine Ruhe" anstelle von "Du bist eine Plage, ständig machst du Lärm".

Aus diesen Überlegungen läßt sich ableiten, daß die Variable "Selbstexploration", die in der Beziehung zwischen Klienten und Therapeuten als konstruktiv angesehen wird, mit gewissen Modifizierungen auf enge zwischenmenschliche Paarbeziehungen übertragbar ist.

Ziele in der Therapie:

Von den vielen oben erwähnten Auswirkungen der Selbstexploration möchten wir in der Therapie vor allem folgende Teilziele erreichen:

- Die Partner sollen sich verständlich mitteilen können ('Ich-Botschaften' senden anstelle von 'Du-Botschaften').
- Unterschiedliche aktuelle Gefühle sollen geäußert werden.
- Eine wechselseitige Klärung des Selbstbildes, des Bildes vom Partner und der Beziehung soll erreicht werden. Hierbei geht es auch darum, daß Inkongruenzen zwischen den Partnern, also zwischen dem Bild, das jeder dem anderen vermitteln will, und dem Bild, das der Partner wirklich von ihm hat, wechselseitig korrigiert werden.

- Festgefahrene wechselseitige Wahrnehmungen und Beziehungsdefinitionen sollen in ein neues, offenes, dynamisches Verhältnis gebracht werden. Das heißt, starre symmetrische oder komplementäre Definitionen können beendet werden, und die Beziehung wird für die Veränderung wieder offen.

Kritische Punkte:

Um negative Konsequenzen zu vermeiden, müssen bei der Förderung von Selbstexploration folgende Punkte beachtet werden:

Der Klient muß die Kapazität des Partners berücksichtigen, um ihn nicht durch eine Überhäufung von Mitteilungen zu überfordern.

Selbstexploration darf nicht zum Vermeidungsverhalten werden, um Wünsche des Partners zu boykottieren oder ihn am Darstellen seiner Gedanken, Gefühle usw. zu hindern.

1.2.1.2. "Wünsche äußern" (WÜ)

Definition:

Die Variable "Wünsche äußern" umfaßt das Mitteilen von Wünschen und Bedürfnissen aller Art bezüglich der eigenen Person, des Partners oder der gemeinsamen Beziehung.

Zum Beispiel:

"Im Grunde weiß ich gar nicht genau, was mir fehlt; d.h., eins weiß ich, so wie bisher möchte ich nicht weiter machen. Ich wünsch mir einfach, daß wir mehr Zeit füreinander haben."

"Wünsche äußern" kann als ein Teilbereich von Selbst-exploration verstanden werden. Trotzdem sprechen wir dieser Variable innerhalb des Zielbereichs "Sich selbst mitteilen können" einen gesonderten Stellenwert zu, da das Äußern von Wünschen und Bedürfnissen in einer Partnerschaft oft besonders schwierig ist, andererseits das Ausbleiben dieses Verhaltens eine Beziehung erheblich belasten kann.

Auch in anderen Therapiekonzepten, die sich mit Kommunikation in Partnerschaften und Familien beschäftigen, wird das Kommunizieren von Wünschen speziell hervorgehoben (MANDEL et al., 1971; SATIR, 1973; MILLER et al., 1974).

Relevanz:

Oft ist erst dann, wenn die Bedürfnisse und Wünsche beider Partner transparent werden, eine Diskussion darüber und gegebenenfalls die Erfüllung der Wünsche möglich. Durch "Wünsche äußern" können die Partner vermeiden, daß sie von eingeschliffenen Verhaltensweisen und Erwartungen ausgehen oder von der irreführenden Meinung: "Wenn du mich liebst, weißt du auch, was ich möchte." Sie erfahren, daß das Verhalten des anderen auch häufig von eigenen klaren, detaillierten Verhaltenswünschen an ihn abhängig ist. Durch eine demgemäß veränderte und verringerte Erwartungshaltung können oft Enttäuschungen vermieden werden (SATIR, 1973; WATZLAWICK et al., 1969).

Ein wichtiger Aspekt ist auch in der Erfahrung wechselseitiger Verstärkung zu sehen.

Wenn die Wünsche erst gar nicht geäußert werden, führt dies häufig zu "Interpunktionsstreitereien" (WATZLAWICK et al., 1969). Diese können zum Beispiel darin bestehen,

daß einer dem anderen Vorwürfe macht und seinen Rückzug damit begründet, daß er das Entgegenkommen des Partners vermißt. Dieses Verhalten bezeichnet WATZ-LAWICK et al. (1969) mit "Paradoxie des Aufeinander-Wartens" (S.93). Auch MANDEL et al. (1971) betonen die Bedeutung dieser Variablen:

"Gestörte Ehen sind unter anderem dadurch gekennzeichnet, daß erfüllbare Wünsche an den Partner unbefriedigt geblieben sind" (S. 204).

Ziele_in_der_Therapie:

- Wichtigstes Ziel ist hier das klare, deutliche, explizite Äußern von Wünschen.
- Die Partner sollen sensibilisiert werden für das Erkennen impliziter Wünsche.
- Auch längerfristige, vielleicht sogar gar nicht zu realisierende Wünsche sollen geäußert werden. Dieses Explorieren von bisher nie ausgedrückten, heimlichen Wünschen, die aber nichtsdestoweniger Verhalten und Gefühle beeinflußt haben, trägt mit zur Klärung des Selbstbildes, des Bildes vom Partner und der Beziehung bei .

Kritische_Punkte:

Wichtig ist die Einstellung, daß das "Wünsche Äußern" noch keine Gewähr für die Erfüllung dieser Wünsche bedeutet.

Das wechselseitige Äußern und Erfüllen der Wünsche sollte in einem reziproken und ausgeglichenen Verhältnis beider Partner stehen.

Problematisch ist der Vorwurf: "Das machst du ja nur, weil ich es dir gesagt habe", der leicht sogenannte 'Doppelbindungen' nach sich ziehen kann (WATZ-LAWICK et al., 1969).

1.2.2. "Auf den anderen eingehen können" Zielbereich II)

Diesen Zielbereich haben wir in folgende Variablen unterteilt:

- "Verbalisierung emotionaler Erlebnisinhalte" (VEE) und
- "Nachfragen/Klären" (N/K)

1.2.2.1. "Verbalisierung emotionaler Erlebnisinhalte" (VEE)

Definition:

Der Klient spricht die persönlich emotionalen Erlebnisinhalte seines Partners an, die dieser verbal oder nonverbal zum Ausdruck bringt.

Zum Beispiel:

Partner A: "Es wäre schön, wenn ich so ein persönliches Verhalten zu meiner Tochter haben könnte, wie sie mit Dir. - Es liegt wohl an mir, wenn ich nicht so bevormundend wäre ..."

Partner B: "Du sehnst Dich auch nach solcher Nähe und bist enttäuscht, Dir da selbst im Wege zu stehen."

Bei der Ableitung dieses Klientenzieles stützen wir uns auf die Basisvariable "Verbalisierung emotionaler Erlebnisinhalte" des Therapeutenverhaltens in der Ge-

sprächspsychotherapie (ROGERS 1973; TAUSCH, 1975; MINSEL, 1974; BOMMERT, 1978).

Wir gehen von der Überlegung aus, daß dieses Verhalten, das sich in der Interaktion zwischen Therapeut und Klient als sehr günstig erwiesen hat, auch positiven Einfluß auf die Beziehung zwischen zwei Partnern ausübt.

Relevanz:

GORDON (1972) z. B. überträgt die Therapeutenvariable "Verbalisierung emotionaler Erlebnisinhalte" auf die Eltern-Kind-Interaktion und bezeichnet dieses Verhalten als "aktives Zuhören". Er beschreibt in seinen Berichten, daß sich durch dieses Verhalten die Beziehung zwischen Eltern und Kind erheblich verbessern kann. In der Praxis zeigt sich, daß sich die Partner in einem Gespräch häufig nicht ausreden lassen, sondern unterbrechen und dadurch oft nicht erfassen, was der andere ihnen mitteilen will. "Verteidigende Zuhörer zerstören, was sie wahrnehmen" (SIELAND, 1975, S.113).

Durch aktives Zuhören hingegen bekommt der sich Mitteilende die Chance, gelassener und tiefer über sich selbst nachzudenken und sich dadurch eventuell eher zu akzeptieren. Er wird angehalten, sich mit der von ihm erlebten Realität auseinanderzusetzen, Probleme und Konflikte auf seine Weise zu durchdenken und zu eigenen Lösungen zu kommen. Er kann ein positiveres Verhältnis zum zuhörenden Partner finden, indem er sich von diesem akzeptiert und verstanden fühlt. Letztlich wird es ihm erleichtert, auf mehrdeutiges Verhalten zu verzichten und zu einer größeren Selbstkongruenz zu gelangen.

Der zuhörende Partner hat seinerseits die Möglichkeit, den anderen besser zu verstehen, stärker zu akzeptieren, und kann dadurch seine eigenen Meinungen und Einstellungen leichter verändern.

Ziele in der Therapie :

Die Partner sollen befähigt werden,

- dem anderen zuzuhören und dabei verbale und non-verbale Signale auszusenden, die die Bereitschaft zum Zuhören und Verstehen ausdrücken,
- die Äußerungen des Partners mit eigenen Worten wiederzugeben,
- indirekte Gefühlsäußerungen in direkte zu übersetzen,
- zwischen Problemen zu unterscheiden, die sie gemeinsam haben, die der andere hat und die sie selbst haben.

Kritische Punkte:

Der verbalisierende Partner sollte nicht versuchen, den Therapeuten des anderen zu spielen und sich hinter einer Fassade oder Rolle zu verstecken oder den anderen durch Verbalisierung emotionaler Erlebnisinhalte zu manipulieren.

1.2.2.2. "Nachfragen / Klären" (N/K)

Definition:

Hierunter sind alle Äußerungen zu verstehen, die-in bezug auf die Probleme des Partners oder gemeinsame Probleme-eigene, ergänzend kooperative Beiträge beinhalten in Form von Fragen, Vorschlägen, Hinweisen und ähnlichem.

Zum Beispiel:

Partner A: "Also abends nach Feierabend, da weiß ich einfach nichts mehr mit mir anzufangen; da häng ich nur rum, seh in die Fernsehröhre oder hau mich ins Bett."

Partner B: "Du bist abends zu schlapp und müde, um kreativ zu sein. Ich glaube, du brauchst mal 'n bißchen Abwechslung. Wäre Kino oder Theater nichts für Dich? Vielleicht könnte ich dir auch mal den Einkauf abnehmen, damit du nicht immer so kaputt bist."

Relevanz:

Um den Zielbereich "auf den anderen eingehen" möglichst abzudecken, scheint es uns notwendig, daß nicht nur die Gefühle des Partners nachvollzogen werden (Verbalisierung emotionaler Erlebnisinhalte), sondern auch die inhaltliche und rationale Komponente der Problemlösung beachtet wird. Aufgrund der Tatsache, daß sich die Paarbeziehung von einer Klient-Therapeut-Beziehung unterscheidet, halten wir es für notwendig, den Zielbereich "auf den anderen eingehen" um die Variable "Nachfragen/Klären" und somit um konkrete Vorschläge und Handlungsangebote zu erweitern.

Ziele_in_der_Therapie:

Eine wichtige Voraussetzung dafür, den Partner besser zu verstehen, ist ein hinreichendes Wissen über den Erfahrungshintergrund und den momentanen Zustand des Partners.

- Die Partner sollen bei Problemen durch Nachfragen und Klären gemeinsam Lösungsmöglichkeiten erarbeiten.
- Nachfragen und Klären, z. B. in Form von Vorschlägen, soll als Hilfeleistung gegeben werden können, ohne jedoch dem anderen Partner den Prozeß der Problemlösung abzunehmen.

Kritische Punkte:

Negativ für die Beziehung wirkt sich Nachfragen über Vergangenes aus, wenn es zum Ziel hat, sich selbst ins rechte Licht zu rücken. Es ist deshalb darauf zu achten, daß der Partner bei gemeinsamen Problemen nicht durch inquisitorisches Nachfragen zum Schuldigen gemacht wird. Die Vorschläge dürfen dem Partner nicht aufgedrängt werden, da dies eine wirkliche und selbständige Problemlösung nur erschwert.

Sie müssen auch den besonderen Eigenarten des anderen gerecht werden und nicht nur "eigene" Lösungsansätze darstellen.

Wichtig ist, daß die angebotenen Möglichkeiten, Vorschläge u.ä. zur Klärung des Problems so realistisch sind, daß der Partner sich auf die Angebote beschränkt, die er tatsächlich leisten kann.

1.2.3. "Über die Kommunikation selbst reden können"

METAKOMMUNIKATION (Zielbereich III)

Definition:

Unter 'Metakommunikation' wird jede ausdrückliche und absichtliche Mitteilung über Wahrnehmung und Beurteilung der Kommunikation verstanden. Diese kann sich sowohl auf inhaltliche wie auch auf formale Aspekte der Kommunikation beziehen.

Zum Beispiel:

"Du redest schon sehr lange und wiederholst dabei mehrmals dasselbe, während ich hilflos dasitze und alles über mich ergehen lasse."

Relevanz:

In länger bestehenden dyadischen Interaktionen und besonders bei tieferen Paarkonflikten sind häufig fest eingefahrene Kommunikationsstrukturen zu beobachten (WITTE, 1979). Neben den bisher genannten Klientenzielen ist es deshalb für eine optimale Kommunikation notwendig, dem Partner mitzuteilen, wie man dessen bzw. die gemeinsame Kommunikation wahrnimmt, erlebt und gegebenenfalls geändert haben möchte.

In einigen Programmen zur Kommunikationsverbesserung wird dieses Verhalten ebenfalls gesondert betont (z. B. MILLER et al., 1974; FITTKAU et al., 1977). Metakommunikation überschneidet sich hierbei zum Teil mit den als "Feedback" bezeichneten Verhaltensweisen.

In der Literatur, insbesondere in der Gruppendynamischen, sind Metakommunikations- und Feedback-Konzepte eng miteinander verbunden (vgl. LEHMENKÜHLER / ROCHER, 1975). Allen Überlegungen zur "Metakommunikation" ist gemeinsam, daß sie besonderes Gewicht auf die Beziehungsdefinition legen, die in der Metakommunikation enthalten ist (BAACKE, 1973; WATZLA-WICK et al., 1969). Betrachtet man die von WATZLA-WICK et al. (1969) aufgestellten Axiome und die daraus ableitbaren Kommunikationsstörungen (vgl. A. 2.2.2. S.43ff.), so kann man sagen, daß Metakommunikation eine Unterbrechung der negativen Kommunikation ermöglicht. Die Problemlöseversuche werden durch Metakommunikation auf eine andere Ebene verlagert. Nicht das "WAS", sondern das "WIE", also der Kommunikationsstil, wird somit entscheidend.

Ziele in der Therapie:

- Hauptziel ist, die Klienten mit der Möglichkeit vertraut zu machen, Metakommunikation einzusetzen und davon in der Zweierbeziehung zu profitieren.
- Sie sollen eine möglichst verhaltensnahe Beschreibung der Kommunikation geben können.

Kritische Punkte:

Metakommunikation kann sich negativ auswirken, wenn die eigene Meinung nicht als 'eigene' deklariert wird. Dies führt leicht dazu, den Partner abzustempeln.

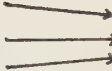
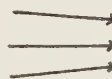
1.3. Zusammenfassende Betrachtung der Klientenziele

Wir haben bisher die Klientenziele im einzelnen abgeleitet und deren Relevanz für unser Konzept begründet. Das folgende Kapitel soll dazu dienen, den Zusammenhang der Ziele untereinander zu verdeutlichen.

Bei der Ableitung der Klientenziele orientierten wir uns an Bedingungen für eine optimale Kommunikation, die wir auf dem Hintergrund theoretischer Überlegungen aufgestellt haben.

Dabei hielten wir Ziele auf zwei Ebenen für wesentlich: die Ziele auf der internalen Ebene, wie zum Beispiel Einstellungen, Kognitionen, Emotionen u.ä., und die Ziele auf der Verhaltensebene, die direkt beobachtbar sind.

Diese Ziele auf der Verhaltensebene unterteilten wir in "übergeordnetes Klientenverhalten", das sozusagen durchgängig vorhanden sein soll, und in "spezielle Ziele". Diese speziellen Ziele wurden durch Kommunikationsvariablen operationalisiert und sind Ansatzpunkte für die therapeutischen Interventionen, d. h., sie sollen durch konkrete Therapeutenvariablen gefördert werden. Es gehen also drei Klassen von Zielen in unser Konzept ein, was folgende Abbildung noch einmal verdeutlicht:

- | | | |
|------|---|--|
| I. | Ziele auf der
internalen Ebene |  <ul style="list-style-type: none"> Wertungen und Einstellungen Kognitive Einsichten Emotionen |
| II. | Allgemeine über-
greifende Ziele
auf der Verhal-
tensebene |  <ul style="list-style-type: none"> Positiver Beziehungsaspekt Klarheit/Eindeutigkeit Gegenwartsbezogenes Reden |
| III. | Spezielle Ziele
auf der Verhal-
tensebene
(Kommunikations-
variablen) |  <ul style="list-style-type: none"> 1. Selbstexploration 2. Wünsche Äußern 3. Verbalisierung emotio-
naler Erlebnisinhalte 4. Nachfragen/Klären 5. Metakommunikation |

Die fünf formulierten speziellen Ziele sind jedoch nicht als gesonderte Verhaltensweisen zu sehen, von denen jede in der Kommunikation der Klienten in gleichem Ausmaß gesteigert werden soll. Da sie in ständiger Wechselwirkung zueinander stehen, muß für eine optimale Kommunikation angenommen werden, daß ein gewisses Gleichgewicht dieser Variablen notwendig ist. Das kann jedoch nicht durch zahlenmäßige Anteile von vornherein festgelegt sein, sondern muß je nach Situation von den Therapeuten ermittelt werden. Als Kriterium für den Anteil einer Variablen ist etwa zu formulieren, daß sie sich dann negativ auswirkt, wenn sie in übertriebenem Maße realisiert wird, so daß sie die Verwirklichung der anderen Verhaltensweisen dadurch einschränkt. So kann z.B. das Reden über sich selber zum Vermeidungsverhalten werden, oder der Partner mit Wünschen überschüttet und überfordert werden. Genauso behindert die "Verbalisierung emotionaler Erlebnisinhalte" die Kommunikation, wenn sich jeder nur auf den anderen konzentriert, ohne sich mit dem eigenen Anteil des Problems auseinanderzusetzen; zu häufige Metakommunikation wiederum verhindert Spontaneität und andere wichtige Kommunikationsstile und wirkt somit dysfunktional, da nur noch ein Reden "über die Kommunikation", aber kein direkter Aus-

tausch mehr stattfindet. So kann jede dieser Variablen, wenn sie in zu starkem Ausmaß verwirklicht wird, Vermeidungsverhalten bedeuten und muß dann als dysfunktional bezeichnet werden. Dieser Zusammenhang der Variablen soll im Konzept derart berücksichtigt werden, daß die Therapeuten zunächst die Ziele nicht als absolut und isoliert zu fördernde Verhaltensweisen vermittelt bekommen, sondern gerade diese Punkte als kritische erkennen und berücksichtigen. Diese Einsicht soll von den Therapeuten an die Klienten weitervermittelt werden.

Die expliziten Ziele sind stets in Zusammenhang mit den übergeordneten, allgemeinen Zielen, wie "positiver Beziehungsaspekt" usw., zu sehen. Bei jeder der speziellen Variablen ist zu beachten, daß sie nicht feindselig, vorwurfsvoll, zweideutig oder ähnlich vorgebracht wird. Sie können nur dann zu einer gut funktionierenden Interaktion führen, wenn sie unter bestimmten Voraussetzungen verwirklicht werden, die allgemein für eine optimale Kommunikation grundlegend sind.

Im folgenden wird kurz der Zusammenhang zwischen den Verhaltensvariablen und den Zielen auf der internalen Ebene verdeutlicht:

Wertungen und Einstellungen:

Wertungen und Einstellungen werden vor allem im Beziehungsaspekt der Kommunikation ständig ausgedrückt und dem Partner analog mitgeteilt, was manchmal verschlüsselt geschieht. Sie können aber ebenso explizit verbalisiert werden wie Kognitionen und Gefühle. Die Ziele bezüglich Wertungen und Einstellungen lassen sich vor allem durch drei zentrale Aspekte ausdrücken:

- Die Einstellung zu sich selbst:

Die Klienten sollen durch die Therapie eine positive, im Prinzip akzeptierende, aber in Konfliktsituationen mit dem Partner auch kritische Einstellung zu sich selbst gewinnen.

So wie in der klientenzentrierten Einzeltherapie dem Klienten die Möglichkeit gegeben wird, seine Einstellung zu sich selbst zu verändern, streben wir diese Veränderung auch in der Partnertherapie an.

BIERMANN-RATJEN et al. (1979) verstehen, indem sie das Selbstverständnis der Gesprächspsychotherapie neu überdenken, die Gesprächspsychotherapie als Beziehungsangebot an einen Klienten, der sich in einem Zustand der Inkongruenz befindet. In der Therapie geht es deshalb darum, daß der Klient zu sich selbst eine andere Beziehung findet. Die Autoren postulieren, daß es "für den Klienten erst dann möglich ist, den Therapeuten wirklich an sich heran zu lassen, wenn er zu sich selbst die Beziehung haben kann, die der Therapeut ihm angeboten hat" (BIERMANN-RATJEN et al., 1979, S.12).

- Die Einstellung zum Partner:

Wir erwarten, daß auch die Einstellung des Klienten zum Partner, zu dessen Ansichten, Wünschen und Verhalten verständnisvoller wird. Die Klienten sollen nach Abschluß der Therapie dessen Schwächen und Stärken besser tolerieren und akzeptieren können.

- Die Einstellung zur Kommunikation:

Es ist ein Ziel der Therapie, daß den Klienten die Bedeutung der Kommunikation für die gemeinsame Beziehung deutlicher und bewußter wird. Außerdem wollen wir bewirken, daß die Klienten in Zukunft den gemeinsamen Kommunikationsstilen und -formen mehr Aufmerksamkeit schenken und eine positive Einstellung gegenüber den neuen Kommunikationsformen wie z. B. "Metakommunikation", "Verbalisierung emotionaler Erlebnisinhalte" gewinnen. Dies hängt natürlich auch von den Erfahrungen in der Therapie ab.

Nach PAVEL (1978) kann in der Partnertherapie die Therapiestunde etwa den Charakter eines überschaubaren Mikrokosmos gewinnen und den Klienten ein schrittweises Infragestellen des gegenseitigen verwirklichten Kommunikationsstils ermöglichen. "Durch die Erfahrung in der Sicherheit des therapeutischen Settings, auch bei einem veränderten Kommunikationsstil' zu überleben", wächst die Bereitschaft des Partners zu einem direkteren und offeneren Austausch von interpersonellen Erfahrungen, Bedürfnissen und Gefühlen" (PAVEL, 1978, S. 127; Hervorhebung: C.S.).

Kognitive Einsichten:

Neben sehr komplexen Erkenntnissen über zwischenmenschliches Kommunikations- und Interaktionsverhalten gibt es auch eine Reihe trivialer Einsichten, die sich z. B. mit vereinfachten Formulierungen der Axiome von WATZLAWICK et al. (1969) wiedergeben lassen. Ziel in unserer Partnertherapie ist es, den Klienten neben den konkreten Verhaltensweisen auch die entsprechenden kognitiven Einsichten klarzumachen, z. B. die Kreisförmigkeit der Kommunikationsprozesse oder Interpunktionsstreitereien.

Dazu eignen sich kurze, strukturierende Hinweise auf allgemeine Gesetzmäßigkeiten, die in der gerade abgelaufenen Kommunikation zu beobachten sind; längere theoretische Erklärungen sollten vermieden werden, um den Therapieprozeß nicht zu blockieren. Manche Interventionen, gerade in festgefahrenen Situationen oder wenn der Lernprozeß stagniert, können unterstützend die kognitive Ebene ansprechen, z. B. indem der Therapeut den Zusammenhang zwischen einem Axiom und der daraus abgeleiteten Störung darlegt.

Emotional affektives Gefüge:

Dem momentanen gefühlsmäßigen Zustand, dem augenblicklichen Empfinden kommt für das Kommunikationsverhalten eine entscheidende, steuernde Rolle zu.

Ob sich der Klient z. B. verletzt, verstanden, angegriffen oder bedroht fühlt, hat jeweils eine bestimm-

te Auswirkung auf sein Verhalten und seine Kommunikation. Ein besseres "Umgehen - Können" mit den eigenen Gefühlen und den Gefühlen des anderen ist dann zu erwarten, wenn die Partner unverzerrt und bewußt ihre Gefühle und die des anderen wahrnehmen und erleben und darüber offen und explizit (meta-)kommunizieren können.

2. THERAPEUTENVERHALTENSWEISEN

Nach der Ableitung der einzelnen Klientenziele geht es uns nun darum, Therapeutenverhaltensweisen aufzustellen, die diese Ziele fördern können. Es ist für den Therapeuten hierzu notwendig, sowohl gezielte Interventionstechniken zu beherrschen als auch eine bestimmte durchgehende Grundhaltung zu verwirklichen, die nicht aus einzelnen, isoliert eintrainierbaren Techniken besteht.

So kommen wir zu einer Einteilung des therapeutischen Vorgehens in Basisverhalten und in spezielle Verhaltensweisen.

Die Basisvariablen bezeichnen wir in unserem Konzept mit "Verhaltensweisen, die durchgängig realisiert werden sollen". Sie stellen die Grundlage zur Verwirklichung des Konzepts dar und sollen deshalb kurz im einzelnen beschrieben werden, obwohl wir sie empirisch nicht untersuchen. Die "speziellen Verhaltensweisen" werden als Variablen trainiert und zur Überprüfung des Konzepts im einzelnen gemessen.

Die Durchführung der Partnertherapien ist mit jeweils zwei Therapeuten konzipiert.

Dadurch wollen wir der Komplexität der Situation gerecht werden und die Gefahren der 'Parteinahme' des Therapeuten für einen Klienten vermindern. Außerdem kann die Kommunikation zwischen den Therapeuten Modellfunktion annehmen. Durch Gesprächspartner jeweils verschiedenen Geschlechts wird den Klienten mehr Identifikationsmöglichkeit geboten.

In die folgende Beschreibung der Therapeutenvariablen geht somit auch die Kommunikation der Therapeuten untereinander ein.

2.1. Therapeutenverhaltensweisen, die durchgängig realisiert werden sollen

Entsprechend unserem theoretischen Hintergrund gehen wir bei der Ableitung therapeutischer Verhaltensweisen

von den Methoden der Gesprächspsychotherapie aus. Diese Methoden umfassen nicht nur einzelne Interventionsmöglichkeiten, sondern legen das Schwergewicht stärker auf den Einsatz des Therapeuten als Person, was zum Beispiel durch die Variablen "Echtheit und Selbstkongruenz" sowie "emotionale Wärme", u.ä. ausgedrückt wird.

Neben der bereits erwähnten Auffassung, daß diese Variablen oft nicht ausreichen, um bei bestimmten Klientenpopulationen die gewünschten Veränderungen zu bewirken (vgl. S. 36 der vorl. Arbeit), tritt in letzter Zeit die Sichtweise in den Vordergrund, diese Variablen eher als allgemein therapeutisches Basisverhalten zu bezeichnen, auf dem differentiell Vorgehen aufgebaut werden muß (TSCHEULIN, 1980; BOMMERT, 1977, 1978; MINSEL, 1979; PAVEL, 1978). Die positive Wirkung des sogenannten therapeutischen Basisverhaltens ist durch mehrere Hinweise zur Therapieforschung belegt (vgl. TSCHEULIN, 1972, 1980; MINSEL, 1974).

Auch die meisten Praktiker betonen diese allgemeine Grundhaltung, die in der Therapie übergreifend vorhanden sein und eine günstige Atmosphäre für die Klienten schaffen soll. Somit ist dieses Basisverhalten nicht nur in der Gesprächspsychotherapie grundlegend, sondern hat auch in anderen Therapieformen große Bedeutung; ebenso wird nachgewiesen, daß das Basistherapeutenverhalten auch in anderen zwischenmenschlichen Beziehungen wesentlich ist, also eine sogenannte 'universale' Bedeutung hat (TSCHEULIN, 1972)

Gerade bei der Durchführung einer Partnertherapie mit der Intention, den Klienten Fähigkeiten an die Hand zu geben, mit denen sie möglichst eigenständig Konflikte lösen können, erscheint uns solch eine therapeutische Grundhaltung notwendig. Zudem wird die Therapie dadurch erschwert, daß beide Klienten sich durch die Anwesenheit des Partners gehemmt fühlen könnten. Folglich muß nicht nur dem einzelnen Individuum die Möglichkeit gegeben werden, offen und angstfrei seine Probleme zu bearbeiten, sondern es gehört auch zur Aufgabe des Therapeuten, zwischen den beiden Partnern eine Atmosphäre

herzustellen, die gegenseitiges Verständnis und Offenheit fördert (PAVEL, 1978; MANDEL et al., 1971; MANDEL, 1979).

Wir sehen in unserem Konzept die Variablen "Echtheit und Selbstkongruenz", "emotionale Wärme und positive Wertschätzung" und "Modellverhalten" als therapeutische Grundhaltung an. Die Variable "Verbalisierung emotionaler Erlebnisinhalte", die in der Gesprächspsychotherapie zu den Basisvariablen zählt, ordnen wir den speziellen Variablen zu, da dieses Verhalten in bestimmten Situationen gezielt einsetzbar ist und konkreter als die übrigen "Basisvariablen" gemessen werden kann. Außerdem soll "Verbalisierung emotionaler Erlebnisinhalte" nicht durchgängig realisiert werden, da wir noch weitere spezielle Variablen aufstellen.

Dagegen haben wir "Modellverhalten" hier als eigenständige Variable formuliert, weil uns gerade dieses Verhalten in einer Partnertherapie besonders wichtig erscheint (vgl. PAVEL, 1978). Dieses Merkmal zählen wir zum Basisverhalten der Therapeuten.

Die Basisvariablen werden nicht speziell auf Veränderung hin überprüft. Da alle Therapeuten eine Grundausbildung in Gesprächspsychotherapie haben, kann angenommen werden, daß sie bereits in diesem Grundverhalten geschult sind. Weiterhin wird diesen Variablen im Therapeutentraining viel Bedeutung beigemessen, indem die Therapeuten angehalten werden, möglichst häufig offene Kommunikationsformen untereinander einzuüben, und indem die Grundhaltung der einzelnen Therapeuten thematisiert wird.

2.1.1. Echtheit / Selbstkongruenz

Definition:

Der Therapeut bemüht sich, durchgängig er selbst zu sein. Das, was er dem Klienten gegenüber äußert, stimmt mit seinem inneren Erleben überein.

Wie in der klientenzentrierten Einzeltherapie ist es unser Anliegen, dem Klienten zu ermöglichen, sich mitzuteilen, seine Gefühle, Bewertungen und Einstellungen zu explorieren. Dies wird nach Erfahrungen in der Gesprächspsychotherapie erleichtert, wenn der Therapeut in dem, was er tut, er selber ist, d.h. sich um Kongruenz bemüht (TAUSCH, 1975; BOMMERT, 1977;BIERMANN-RATJEN et al., 1979).

Je echter und kongruenter der Therapeut in der Beziehung ist, desto wahrscheinlicher können konstruktive Persönlichkeitsänderungen beim Klienten im Laufe der Therapie eintreten (vgl. TAUSCH, 1975). Das heißt nicht, daß der Therapeut dem Klienten seine persönlichen Probleme mitteilen, sondern daß er seine Gefühle - die Therapie-situation betreffend - offen ausdrücken soll. Kongruenz läßt sich nach BIERMANN-RATJEN (1979) beschreiben als "das Bemühen des Therapeuten, in der therapeutischen Beziehung die Gefühle unverzerrt zugänglich zu haben, die ihn in seinem momentanen Kontakt tatsächlich bestimmen, unabhängig von seinem therapeutischen Auftrag."

(S. 31)

Dabei können diese Gefühle positiv oder negativ sein. So ist es zum Beispiel günstiger, dem Klienten zu sagen, "ich fühle mich im Moment ein bißchen gelangweilt", als es nicht zu sagen und dem Klienten nonverbal durch 'mangelnde Aufmerksamkeit' zu vermitteln.

In der Partnertherapie stehen zwei Therapeuten zwei Klienten gegenüber. In dieser Situation ist es besonders wichtig, daß sie nicht nur "echt und selbstkongruent" im klassischen Sinne sind, vielmehr muß auch zwischen

ihnen Kongruenz bestehen, das bedeutet, daß die Therapeuten sich auf der Beziehungsebene einig sind. Kritik an Interventionen oder ähnlichem soll offen und sachlich vor den Klienten erörtert werden, ohne daß sich die Therapeuten in destruktive Streitereien verwickeln oder Kongruenz- und Machtkämpfe ausfechten. Das Erleben, wie die Therapeuten mit einer solchen Konfliktsituation konstruktiv umgehen, dürfte einen größeren Lerneffekt haben als die kognitive Einsicht, daß Streit in Partnerbeziehungen durchaus 'normal' und 'notwendig' ist.

2.1.2. Positive Wertschätzung und emotionale Wärme

Definition:

Der Therapeut achtet den Klienten als eigenständigen Menschen und akzeptiert dessen Gefühle und Erfahrungen. Diese Akzeptierung ist durchgängig vorhanden, das heißt, der Therapeut macht sie nicht von irgendwelchen Bedingungen abhängig.

Dieses Merkmal wird allgemein als notwendig für einen günstigen Therapieverlauf angesehen (TAUSCH, 1975; BOMMERT, 1977; BIERMANN-RATJEN et al. 1979). Damit ist nicht gemeint, daß der Therapeut den Klienten wahllos in allem bestärkt, etwa in Gedanken und Verhaltensweisen, die asozial sind und ihm ein Zusammenleben mit anderen Menschen unmöglich machen würden; vielmehr soll der Therapeut diese Gedanken und Gefühle als die des Klienten würdigen und versuchen, sie in ihrer Bedeutung oder ihrem Wert für ihn zu verstehen (vgl. BIERMANN-RATJEN et al., 1979).

Für Therapeuten eines Paares ist es häufig recht schwierig, beide Klienten gleich zu behandeln. Oft solidarisieren sie sich stärker mit einem der Partner, weil ihnen zum Beispiel dessen Sichtweise näher liegt. Es wäre sicherlich falsch, diese Sympathie- und Antipathie-regungen zu ignorieren, jedoch auch ungünstig für den Therapieverlauf, ihnen unreflektiert nachzugeben. Die Therapeuten sollen daher versuchen, untereinander und auch gemeinsam mit den Klienten die Hintergründe dieses Problems aufzuarbeiten, damit sie in die Lage versetzt werden, auf beide Partner klientenzentriert einzugehen.

Besonders in der ersten Therapiephase versuchen Klienten häufig, in den Therapeuten Koalitionspartner gegen den Ehepartner zu gewinnen, so daß es manchmal schwierig ist, sich gegen solche Versuche zu behaupten (MANDEL et al., 1971; SELVINI PALAZZOLI et al., 1977). Die Therapeuten sollten diese Schwierigkeiten untereinander besprechen und sich darauf aufmerksam machen, wenn solche subtilen Versuche von Klienten unternommen werden.

Weiterhin sollten sie sich gemeinsam mit den Klienten bemühen, herauszuarbeiten, was der eine Partner dem anderen eigentlich durch Vorwürfe u. ä. mitteilen will.

Nach TAUSCH (1975) werden durch ein hohes Ausmaß dieser Basis-Variablen Gefühle von Bedrohung und Verteidigungshaltung des Klienten vermindert, er gewinnt größere Selbstachtung und -akzeptierung. Darüber hinaus wirkt sich in der Partnertherapie das Verhalten der Therapeuten insofern günstig aus, als eine möglicherweise feindliche Atmosphäre zwischen den Partnern eher abgebaut werden kann.

2.1.3. Modellverhalten der Therapeuten

Wir wollen das Basisverhalten aus der Gesprächspsychotherapie um diese Variable erweitern, da sich solch eine Verknüpfung in einer Partnertherapie mit zwei Therapeuten geradezu anbietet (vgl. PAVEL, 1978).

Da wir in unserem Konzept in erster Linie Veränderungen im kommunikativen Bereich anstreben, übernimmt das Kommunikationsverhalten der Therapeuten wahrscheinlich Modellfunktion. Wie schon in den beiden vorherigen Abschnitten angedeutet wurde, ergeben sich günstige Lerneffekte, wenn das Therapeutenpaar konstruktive Möglichkeiten der Konfliktlösung vermittelt, indem es sie "vorlebt" (MANDEL, et al., 1971).

Auch bei emotionalen Reaktionen kann auf der Grundlage der Beobachtung und stellvertretenden Bekräftigung des Modells gelernt werden; durch Modellernen ist es möglich, bereits bestehende Verhaltensmuster zu bestärken oder zu schwächen sowie neue aufzubauen (BANDURA / WALTERS, 1963).

Darüber hinaus sollen die Therapeuten als 'Modelle' so reagieren, wie es von den angestrebten Klientenzielen her erwünscht ist:

- sie sollen sich selbst einbringen in bezug auf die Klienten, den Kotherapeuten und die Therapiesituation;
- sie sollen auf die Klienten und aufeinander eingehen, sich um Verständnis für die Gesprächspartner bemühen;
- sie sollen über die Kommunikation selbst reden können.

Wenn diese Verhaltensweisen für die Klienten sichtbar wirksam sind, können sie von ihnen nach und nach übernommen werden, so daß sie sich dem Partner gegenüber in der Art und Weise verhalten, wie sie es bei den Therapeuten beobachten. Unter solchen Bedingungen wird eine offene Kommunikation zweifellos gefördert.

2.2. Spezielle Therapeuten-Verhaltensweisen

Die im vorangegangenen Kapitel beschriebenen Variablen "Selbstkongruenz", "Emotionale Wärme" und "Modellverhalten" bilden die Grundlagen der therapeutischen Vorgehensweisen in unserem Konzept. Über diese Grundhaltung hinaus muß es jedoch noch weitere Merkmale geben, die zur Förderung unserer Klientenziele entscheidend sind, da das Basisverhalten alleine nicht ausreichend ist. Daher sollen nun aufbauend auf diesem Basisverhalten einzelne spezielle Therapeutenvariablen erstellt werden. Diese Suche nach differentiellen Techniken kann unter verschiedenen Kriterien erfolgen. SCHMIDTCHEN (1974) zum Beispiel nennt die "Herstellung eines Reports, Verhaltensformung, Verhaltensstimulierung oder Verhaltensaufbau" (S. 59).

Unsere Zuordnung erfolgt unter dem Gesichtspunkt, inwieweit ein Therapeutenverhalten die aufgestellten Klientenziele fördern kann. Obwohl dies die Suche nach dem therapeutischen Inventar in eine bestimmte Richtung lenkt, bleibt doch die Problematik der Auswahl und Beschränkung auf einige wenige Variablen bestehen. Wir versuchen, aus den möglichen Techniken diejenigen herauszuheben, die, durch empirische Befunde und theoretische Überlegungen belegt, das gewünschte Klientenverhalten fördern. Ein weiterer Gesichtspunkt zur Auswahl der Variablen ist die Bedingung, daß sie mit der Grundhaltung des Therapeuten vereinbar sind und untereinander kombiniert werden können (vgl. S.20).

2.2.1. Verbalisierung emotionaler Erlebnisinhalte (VEE)

Definition:

Der Therapeut spricht die persönlich emotionalen Erlebnisinhalte der Klienten an, die sie verbal oder non-verbal in der Kommunikation mit den Therapeuten sowie mit dem Partner zum Ausdruck bringen.

Ableitung

Die Entwicklung dieses Verhaltensmerkmals lehnt sich stark an die Gesprächspsychotherapie-Basisvariable "Verbalisierung emotionaler Erlebnisinhalte" an, die neben den anderen oben genannten Variablen eine große Rolle im klientenzentrierten Ansatz spielt (TAUSCH, 1975; BOMMERT, 1977; BIERMANN-RATJEN et al., 1979; MINSEL, 1974). Diese Variable kann als die im deutschen Sprachraum meist- und bestuntersuchte Gesprächspsychotherapie-Variable gelten (BOMMERT, 1977).

Grundsätzliches Ziel der Verbalisierung emotionaler Erlebnisinhalte ist es, dem Klienten zu stärkerer Selbstexploration und persönlicher Entwicklung zu verhelfen. In der Partnertherapie erweitern sich die Klientenziele, so daß der Aufgabenschwerpunkt auf der Therapeuten-seite aufgrund dieses erweiterten Konzepts verändert wird. Das Schwergewicht der therapeutischen Arbeit liegt hier nicht nur auf der Förderung von Selbstexploration durch Verbalisierung emotionaler Erlebnisinhalte bei jedem einzelnen Klienten, vielmehr soll auch die emotionale Wirkung von Äußerungen eines Klienten auf den Partner sowie die momentane emotionale Atmosphäre zwischen den Partnern aufgegriffen werden.

Begründung und Bezug zu den Klienten-Zielbereichen

Wie schon erwähnt, liegt die Hauptbedeutung von Verbalisierung emotionaler Erlebnisinhalte in der Förderung von Selbstexploration des Klienten. (TAUSCH, 1975; BOMMERT, 1977; BOMMERT, 1978; MINSEL, 1974). Wir verzichten hier darauf, Ergebnisse im einzelnen zu schildern, und konzentrieren uns auf ihre Bedeutung für die Partnertherapie.

Hier wird vor allem der Bezug zum Klienten-Zielbereich "Sich selbst mitteilen können" deutlich. Entsprechende Therapeutenäußerungen erleichtern es den Klienten, sich

selbst näher zu kommen (BIERMANN-RATJEN et al., 1979). Durch das Bemühen des Therapeuten, verstärkt auf Gefühle zu achten und diese zum Beispiel umzuformulieren bzw. zu dolmetschen, werden die Gefühle und Wünsche für beide Partner deutlicher.

Mit dem Ansprechen der emotionalen momentanen Atmosphäre zwischen den Partnern und deren Bedeutung für beide fördert der Therapeut "Du- und Wir-Exploration", die zu einem tieferen Verständnis der beiden Partner zueinander führt (vgl. PLOG, 1975).

Die Paar-Kommunikation wird dadurch insofern verbessert, als die Klienten sensibler für die gefühlsmäßige Wirkung ihrer Äußerungen auf den Partner werden.

Hinsichtlich des Klienten-Zielbereichs "auf den anderen eingehen können" kommt der Modellwirkung besondere Wichtigkeit zu, da die Klienten lernen sollen, "partnerzentriert" mit dem Partner über dessen Probleme zu sprechen, was teilweise Aspekte von Verbalisierung emotionaler Erlebnisinhalte beinhaltet.

Beschreibung einzelner Elemente:

- Auch in unserem Konzept ist es - wie in der klientenzentrierten Einzeltherapie - ein bedeutender Aspekt, die persönlich emotionalen Erlebnisinhalte des einzelnen Klienten anzusprechen.
- In der Partnertherapie halten wir es weiterhin für besonders wichtig, verstärkt solche emotionalen Inhalte aufzugreifen, die die Klienten in der Kommunikation mit dem Partner direkt oder indirekt zum Ausdruck bringen. Der Therapeut sollte sich darum bemühen, Gefühle, Wünsche, Vorwürfe, die ein Klient in bezug auf den Partner hat, wahrzunehmen und in ihrer

Bedeutung für beide zu verstehen. Das heißt, daß er zum Beispiel umformuliert (Vorwürfe in Wünsche) oder dolmetscht, wenn die Partner einander nicht verstehen; daß er auch die Reaktionen des zuhörenden Partners (verbale sowie nonverbale) aufgreift, um Wechselwirkung in der Kommunikation zu verdeutlichen.

- Schließlich besteht eine wichtige Aufgabe des Partnertherapeuten darin, die emotionale momentane Atmosphäre zwischen den Partnern in ihrer Bedeutsamkeit und Wirkung auf beide wahrzunehmen und anzusprechen (vgl. PAVEL, 1978).

2.2.2. Metakommunikation (META)

Definition:

Der Therapeut macht eine explizite Aussage über Wahrnehmung und Beurteilung der ablaufenden Kommunikation. Diese kann sich sowohl auf inhaltliche wie auch auf formale Aspekte der Kommunikation beziehen.

Ableitung:

Wir orientieren uns hier, wie auch bei der Bestimmung des Klientenzieles 'Metakommunikation' an den Erkenntnissen der PALO ALTO-Gruppe (WATZLAWICK et al., 1969), die sich vor allem mit Metakommunikation als therapeutischem Mittel auseinandersetzt.

Die Aufgabe des Therapeuten besteht bei der Realisierung dieses Merkmals darin, den Beziehungsaspekt im Auge zu behalten, uneindeutige Beziehungsdefinitionen auszumachen und sie den Klienten zu verdeutlichen. Bei den Überle-

gungen, wann Metakommunikation als therapeutisches Mittel angezeigt ist, lassen sich vor allem die Störungen der von WATZLAWICK et al. (1969) postulierten Kommunikationsprinzipien nennen, wie wir sie im Zusammenhang mit den theoretischen Darstellungen zur 'Metakommunikation' aufgeführt haben (vgl. S.43 ff.).

Beschreibung der Elemente:

Hauptaufgabe des Therapeuten ist es also, die Kommunikation der Partner zu beobachten und Strukturen zu verdeutlichen und zu verändern, die dysfunktional sind.

- Als Möglichkeit bietet sich hierfür an, den formalen Kommunikationsablauf zu besprechen. Anschreien, Lautstärke, Redehäufigkeiten, Unterbrechungen eines Partners können wichtige Hinweise für die Beziehungsdefinition geben. Eine Intervention des Therapeuten wäre hier z. B.: "Sie reden jetzt immer heftiger und lauter, und die letzten Versuche Ihrer Frau, auch etwas zu sagen, sind gar nicht durchgekommen."
- Ein zweiter Hauptaspekt von Metakommunikation ist das Ansprechen des inhaltlichen Kommunikationsablaufs. Dazu gehören auch die meisten der in Kap. I.A.(S.43ff) genannten Störungen. Wenn z. B. Interpunktionsstreitereien geführt werden, kann der Therapeut das aufzeigen: "Sie schieben sich jetzt schon eine ganze Weile gegenseitig die Schuld zu und drehen sich dabei im Kreis".
- Außerdem ist es häufig notwendig, die Therapiesituation, d. h., das, was zwischen den vier Personen abläuft, anzusprechen, wie z. B.: "Mir ist aufgefallen, daß Sie, wenn Sie Ihrer Frau einen Vorwurf machen, sich immer so hilfesuchend an mich wenden."

Hier soll 'Metakommunikation' kurz von 'Verbalisierung emotionaler Erlebnisinhalte' abgegrenzt werden, um Mißverständnisse zu vermeiden, da der Therapeut in beiden Fällen seine Wahrnehmung der Kommunikation an die Klienten weitergibt:

Wenn der Therapeut verbalisiert, ist er bemüht, sich in den Klienten hineinzusetzen, seinen inneren Bezugsrahmen zu verstehen, mit dem Ziel, ihn seinen Gefühlen näher zu bringen.

Im Unterschied dazu will der Therapeut mit Äußerungen ü b e r die Kommunikation die Klienten dazu anregen, über die Art nachzudenken, wie sie miteinander umgehen.

Begründung und Bezug zu den Klientenzielen:

In der Partnertherapie hat Metakommunikation besondere Relevanz:

- Die Interaktion zwischen den Partnern ist hier direkt beobachtbar und bietet dem Therapeuten unmittelbare Ansatzpunkte für seine Interventionen.
- Metakommunikation gilt als wesentliche Strategie, um den Beziehungsaspekt deutlich zu machen sowie dysfunktionale Strukturen aufzubrechen und zu ändern.

Dieses Auflösen von festgefahrenen Strukturen sehen einige Partner- und Familientherapeuten als Hauptaufgabe der Behandlung an (vgl. z. B. WATZLAWICK et al., 1969; MANDEL, 1971, 75; SATIR, 1973; MINUCHIN, 1977).

LUTHMAN / KIRSCHENBAUM (1977) schildern aus ihren Erfahrungen mit Familientherapie, daß sich oft Familien in die Behandlung begeben, "um dort eine Linderung ihrer Schmerzen zu erfahren, aber möglichst ohne Eingriff in eine ihrer Funktionsweisen" (S. 30), sondern eher, um

die alten Muster wieder herstellen zu lassen. Das Anliegen der Familien ist dabei, Ausbrecher aus dem System wieder zurückzugewinnen.

Bei der Behandlung dieser Familien ist es daher für den Therapeuten wesentlich, daß er sich zunächst durch Beobachtung der Interaktion sämtlicher Familienmitglieder Einblick in das System verschafft, und diese Beobachtung mit Hilfe von Metakommunikation nutzt, um dysfunktionale Strukturen aufzulösen.

Das Merkmal Metakommunikation steht in unserem Konzept an zentraler Stelle und hat Bedeutung im Grunde für alle Klientenziele.

Wenn der Therapeut z. B. die Diskrepanz zwischen verbalem und nonverbalem Verhalten in den Klientenäußerungen aufzeigt, wird der Klient dazu veranlaßt, die angesprochenen emotionalen Erlebnisinhalte zu reflektieren, indem er sich mit dieser Beobachtung genauer auseinandersetzt. Dies entspricht der Förderung von Klientenzielbereich I "Sich selbst mitteilen können".

Dadurch, daß der Therapeut den Klienten auf formale Aspekte aufmerksam macht, wird sich dieser über seine Wirkung auf andere klarer. Diese Einsicht kann Voraussetzung dafür sein, auf den anderen einzugehen (Klientenzielbereich II).

Das Hauptgewicht liegt jedoch auf der Förderung von Klientenzielbereich III "Über die Kommunikation selbst reden können", was vor allem durch Modellwirkung erreicht werden kann. Der Therapeut macht keine Vorwürfe, interpretiert nicht, sondern teilt mit, was er beobachtet. Für die meisten Paare wird es zunächst ungewohnt sein, über den Kommunikationsprozeß überhaupt zu sprechen. Sie werden somit erstmals mit der Möglichkeit vertraut gemacht, die Art ihres Miteinander-Sprechens quasi von Außen zu betrachten, und dazu angeregt, ihre Reaktionen bzw. die des anderen genauer wahrzunehmen und sich diese Beobachtungen mitzuteilen.

Dadurch, daß ihnen durch Informationen der Therapeuten z. B. "Doppelbindungen" durchschaubarer werden, können sie lernen, neue Regeln in ihre Gespräche einzuführen.

2.2.3. Organisierung (ORGA)

Definition:

Der Therapeut ist bemüht, komplexe Situationen und Ereignisse einfacher und anschaulicher und somit für die Klienten überschau- und lösbarer zu machen. Er veranlaßt die Klienten zur Konkretisierung, konkretisiert seinerseits oder macht Verhaltensvorschläge.

Ableitung:

Die Interaktionsabläufe in der Partnertherapie sind häufig so komplex, daß der Therapeut direkter eingreifen muß als in der Einzeltherapie. Deshalb beziehen wir auch jene Therapeuten-Interventionsmöglichkeiten mit ein, die den Prozeß stärker strukturieren.

Hier liegt ein Vergleich mit der Familientherapie nahe, die sich durch die Einbeziehung der Kinder in die Behandlung meist komplexer gestaltet als die Partnertherapie.

Aufgrund dieser Komplexität wird von Vertretern der Familientherapie die Notwendigkeit betont, direktiv in den Prozeß einzugreifen (LUTHMAN /KIRSCHENBAUM 1977; SELVINI PALAZZOLI, 1977; MANDEL, 1979; MINUCHIN, 1977). Dies wird z. T. damit begründet, daß die Struktur eines Familiensystems, von MINUCHIN (1977) als "unerschöpfbare Ordnung von Funktionsabläufen, die die Interaktionsformen der Familienmitglieder organisiert" (S. 15) bezeichnet, äußerst schwierig zu durchbrechen ist. LUTHMAN /KIRSCHENBAUM (1977) warnen vor allem vor der Gefahr, daß sich die Therapeuten selbst in die Kommunikationsstruktur der Familie verwickeln lassen.

Unter Berücksichtigung dieser Gefahr arbeiten SELVINI PALAZZOLI, et al. (1977) nach einem Verfahren, bei dem die Therapeuten durch Supervisoren hinter einem Einwegspiegel beobachtet und immer dann direkt aus dem Therapieprozeß herausgeholt werden, wenn die Therapeuten selbst in diesen Kommunikationsstrukturen der Familie gefangen sind. Die Autoren empfehlen hier sogar einen Wechsel der Therapeuten und Supervisoren innerhalb einer Therapiesitzung.

Keine der beschriebenen Therapierichtungen (s. S. 25 ff.) beinhaltet 'Organisierung' als spezielle Therapeutenvariable, jedoch gehen jeweils Einzelaspekte dieses Merkmals implizit oder explizit in einige Konzepte mit ein. Deshalb leiten wir das Merkmal zum Teil aus der differentiellen Gesprächstherapie, aus der angewandten Gruppendynamik und aus der Verhaltenstherapie ab, in denen die direkteren Interaktionsmöglichkeiten einen größeren Raum einnehmen.

Die Variable "VEE" wurde von SCHWARTZ (1975) in Einzelskalen ausdifferenziert, von denen zwei "Konkretheit der Formulierungen" und "Deutlichkeit der Therapeuten-Äußerungen" heißen.

Unserer Ansicht nach haben diese Aspekte in der Partnertherapie eine noch größere Bedeutung als in der Einzeltherapie, wenn es darum geht, auch dem Partner verständlich zu machen, welche gefühlsmäßige Wichtigkeit bestimmte Gesprächsinhalte für den Klienten haben. Von diesen Aspekten der Verbalisierung und aus weiteren Elementen wird deshalb die Variable "Organisierung" abgeleitet.

Die vier Personen in der Partnertherapie (vgl. S. 80 der vorl. Arbeit) können als Kleingruppe betrachtet werden, die es sich zum Ziel gesetzt hat, die Kommunikation der Klienten zu verbessern. Der Therapeut hat hier zum Teil ähnliche Funktion wie der Trainer in

größeren Gruppen. SADER et al. (1976) unterscheiden diesbezüglich vier Funktionskonzepte für Trainer: "Organisator", "Wissenschaftler", "Analysator" und "Verhaltensmodell".

Vor allem als 'Organisator' schafft der Trainer durch Vorschläge Lernmöglichkeiten, regt Lernprozesse an und strukturiert die Sitzung, was wir auch als eine Aufgabe des Partnertherapeuten ansehen.

Darüber hinaus stützen wir uns bei dieser Variablen auch auf die kognitiven Ansätze in der Verhaltenstherapie. Kognitive Umstrukturierungen können den Klienten neue Situationseinschätzungen und neue Verhaltensweisen ermöglichen (MAHONEY, 1978).

MAHONEY (1978) weist auf den engeren Zusammenhang zwischen Veränderungen im Verhalten und Veränderungen in den Kognitionen hin. Es konnte gezeigt werden, "daß die kognitiven Prozesse, die menschlichem Verhalten zugrunde liegen, sehr wirkungsvoll mit verhaltenszentrierten Prozeduren angegangen werden können" (MAHONEY, 1978, S. 71).

Bei seiner Verbindung von Einsichtstherapien und verhaltensorientierten Therapien legt MAHONEY (1978) vier Annahmen zugrunde:

- "1. Der menschliche Organismus reagiert vor allem auf die kognitive (innere) Repräsentation, also die Darstellung und Abbildung seiner Umgebung, und nicht auf die Umwelt selbst.
2. Diese kognitiven Repräsentationen sind funktional mit den Lernprozessen verbunden.
3. Menschliches Lernen ist zum großen Teil kognitiv vermittelt.
4. Gedanken, Gefühle und Verhalten sind interaktiv, sie bedingen einander." (MAHONEY, 1978, S. 74).

Innerhalb unseres Therapiekonzepts sollen daher mit dieser Variablen auch durch verhaltenszentrierte Interventionen Probleme verdeutlicht und Veränderungsprozesse bei den Klienten eingeleitet werden.

Beschreibung der Elemente:

Wenn ein Klienten-Paar neue Kommunikationsformen lernen soll, ist es notwendig, daß der Therapeut ein gewisses Maß an Führung des Gesprächs übernehmen kann. Er soll nicht inhaltlich bestimmen, was getan wird, sondern seine Aufgabe besteht darin, komplexe Situationen oder Ereignisse im Gespräch zu strukturieren, um ein besseres Verständnis der Klienten für einander zu ermöglichen. Dazu hat er verschiedene Interventionsmöglichkeiten:

- Bei Schwierigkeiten der Klienten, sich verständlich auszudrücken, kann der Therapeut die Klienten zur Konkretisierung der Sichtweisen, Standpunkte und Gefühle auffordern. Er läßt Unkonkretes übersetzen, fragt nach Einzelheiten, bittet um Beispiele.
- Er konkretisiert seinerseits, um festgefahrene Kommunikationsstrukturen zu lösen. Hierzu gehören auch 'In überspitzter Form rückmelden', 'Zusammenfassen', 'Intensivieren auf den Kern des Problems', 'Aufzeigen von Konsequenzen' wie zum Beispiel: "Wenn Sie Ihrer Frau jede organisatorische Arbeit abnehmen, erschweren Sie ihr dadurch vielleicht das Selbständigwerden."
- Er macht Verhaltensvorschläge. Diese beziehen sich hier im Gegensatz zu den Übungen nur auf kurze Einheiten im laufenden Gespräch, wie etwa "Sagen Sie das Ihrem Partner direkt", oder "Fragen Sie ihn, wie er das sieht". Durch diese Verhaltensaufforderungen

sollen Spekulationen u.ä. über den Partner und seine eventuellen Gefühle vermieden werden.

Bezug zu den Klienten-Zielbereichen:

Diese Variable ist für alle drei Klientenziele bedeutsam. Bei Schwierigkeiten mit dem Zielbereich "Sich selbst mitteilen können" dürften vor allem solche Interventionen hilfreich sein, die den Klienten veranlassen, seine Probleme zu konkretisieren. Dies kann auch durch das Aufzeigen von Konsequenzen, zum Beispiel bezüglich Diskrepanzen zwischen verbalem und nonverbalen Verhalten in einer Klienten-Äußerung geschehen. Dieses Aufzeigen von Konsequenzen ist auch für die Förderung des Zielbereichs "Auf den anderen eingehen können" wesentlich.

'Organisierung' bietet ferner die Möglichkeit, die Klienten auf bestimmte Kommunikationsmuster aufmerksam zu machen; dies kann dazu anregen, "Über die Kommunikation selbst zu reden", womit der dritte Klientenzielbereich angesprochen ist.

2.2.4. Übungen

Definition:

Wir verstehen unter Übungen 'eine strukturierte Situation, in der der Therapeut den Klienten vorschlägt, ein bestimmtes Verhalten auszuführen, und zwar direkt in der Therapiesituation über einen begrenzten Zeitraum hinweg'.

Diese Aufforderung kann sich auf die Ausführung eines speziellen Kommunikationsverhaltens beziehen oder auf Gefühle und Phantasien des Klienten, die er auf sich wirken lassen und in bestimmter Weise zum Ausdruck bringen soll.

Abgrenzung von den bisherigen Therapeutenverhaltensmerkmalen:

Den bisher dargestellten Variablen ist gemeinsam, daß durch sie der Interaktionsprozeß in mehr oder weniger direktiver Weise strukturiert wird, indem sie dem Kommunikationsablauf eine bestimmte Richtung geben.

Bei einer VERBALISIERUNG geschieht das dadurch, daß der Therapeut eine Selektion dessen, was er aufgreift, vornimmt, nämlich vor allem persönlich emotionale Inhalte.

Bei einer METAKOMMUNIKATION wird der Kommunikationsablauf kurz unterbrochen und von außen betrachtet. Bei einer ORGANISIERUNG werden z. B. komplexe Prozesse überschaubar gemacht, die Therapiesituation wird praktisch aufgegliedert.

Diese strukturierenden Therapeutenintervention greifen alle in den Kommunikationsprozeß ein, indem sie ihn zwar verändern, aber nicht beenden oder ihm neue Inhalte geben.

Durch das Vorschlagen einer ÜBUNG unterbricht der Therapeut jedoch den Kommunikationsablauf zwischen den Partnern und gibt seinerseits vor, was als nächstes geschehen soll.

Ableitung und Begründung für die Verwendung von Übungen:

In einer Therapie, die bei der konkreten dyadischen Interaktion ansetzt, erscheinen uns Übungen aus folgenden Gründen als geeignete Interventionsmöglichkeit:

Die Klienten können durch das Einüben bisher vielleicht ungewohnter Verhaltensweisen in der Therapiesituation direkt neue Erfahrungen sammeln.

In der angewandten Gruppendynamik und in Kommunikationstrainings für Paare haben sich Übungen als eine zusätzliche Möglichkeit der Kommunikationsverbesserung gezeigt (SCHWÄBISCH/SIEMS, 1974; BERLIN, 1975; ZIMMER et al., 1977; VOPEL/VOPEL, 1977).

SADER et al. (1976) sind der Ansicht, daß bestimmte Techniken direkt zum Üben von Verhaltensfertigkeiten geeignet und unersetzlich sind. In ihrem Konzept für ein Interaktionstraining behandeln die Autoren den Einsatz von Kommunikationsübungen als "Lernhilfen". SCHWÄBISCH/SIEMS (1974) betonen, daß es häufig eine Überforderung darstellt, "das eigene Verhalten so oft in seinem Alltag zu verändern", da oft Mißerfolgserlebnisse auftreten und halten deshalb Übungen für besonders günstig.

Aus ähnlichen Gründen werden auch in verschiedenen Partner- und Familientherapiekonzepten eine Reihe von Kommunikationsübungen eingesetzt (MANDEL et al. 1971; MANDEL et al. 1975; ZIMMER et al., 1977).

Darüber hinaus soll andererseits durch den Einsatz von Übungen vor allem der Prozeß des Erlebens bei den Klienten gefördert werden (vgl. ESSER, 1978).

Daß Übungen auf die eigene Wahrnehmung und die Einstellung zu sich selbst wirken können, ist aus der Gestalttherapie bekannt (PERLS, 1974/1976; POLSTER, 1975; STEVENS, 1975); hieraus leitet sich die erlebnisaktivierende Wirkung bestimmter Übungen als eine wesentliche Dimension ab. Zum Beispiel kann intensive Selbsterfahrung bei Klärung der Frage "Wie wirkt mein Verhalten auf den Partner?" eher 'Einsichten' vermitteln als das Darüber-Sprechen.

Probleme beim Einsatz von Übungen:

Wenn auch der Einsatz von Übungen sinnvoll und notwendig ist, so muß doch beachtet werden, daß er verschiedene Probleme aufwirft, von denen die wichtigsten hier kurz angesprochen werden sollen.

Das Motivierungsproblem:

Zunächst einmal ist es für die meisten Klienten ungewohnt, solche Übungen durchzuführen. Sie werden deshalb leicht als "Spielchen" mißverstanden, bei denen man sich nicht anzustrengen braucht; eine andere mögliche Reaktion ist die sofortige Ablehnung.

Deshalb muß der Therapeut bei der Einführung einer Kommunikationsübung das Hauptgewicht auf die Begründung legen, weshalb er diese Übung zu diesem Zeitpunkt bei diesem Paar für günstig hält. Als mögliche Gründe können z. B. spezielle Kommunikationsstrukturen dieses Paares angegeben werden.

SCHWÄBISCH/SIEMS (1974) raten, Diskussionen vor der Übung über deren Sinn und Zweck zu vermeiden, da es günstiger ist, ihn durch die konkrete Erfahrung herauszubekommen. Wir sind der Ansicht, daß hier ein Mittelmaß an Informationen und Diskussion gefunden werden muß, damit einerseits die Klienten entsprechend unserer Forderung nach Transparenz des Therapeutenverhaltens nicht "im Dunkeln tappen" und andererseits der therapeutische Prozeß nicht durch ausführliche Diskussionen über noch nicht durchgeführte Übungen unterbrochen oder behindert wird.

Das Indikationsproblem:

Der Therapeut hat beim Einsatz von Übungen zwei Möglichkeiten: er kann mit einer Übung einen Prozeß einleiten oder er kann mit einer Übung einen Prozeß begleiten. Beide Möglichkeiten sind in unserem Konzept anwendbar. Vor allem prozeßbegleitende Übungen können die Interaktion fördern, da sie direkt in "hier und jetzt" bestehende Konflikte eingreifen, den Klienten bestimmte Vorgänge in ihrer Kommunikation bewußt machen und sie bei der Verarbeitung von Erfahrungen unterstützen.

Da wir Übungen als zusätzliches Lernziel begreifen, soll der Therapeut in unserem Konzept vor allem folgendermaßen vorgehen:

Wenn ihm ein Defizit oder bestimmte destruktive Verhaltensweisen bei den Klienten auffallen, soll er diese zunächst ansprechen und mit den Klienten zusammen diskutieren. Wenn dadurch die z. B. hemmende Verhaltensweise jedoch noch nicht verändert wird, ist eine Übung angezeigt. Es ist anzunehmen, daß auf diese Weise die "Gefahren eines Abgleitens in die bloß oberflächliche Durchführung oder eine Überforderung der Teilnehmer" (SADER et al. 1976, S.44) erheblich verringert werden können.

Spezielle Indikationsprobleme einzelner Übungen und ihre Voraussetzungen werden in Zusammenhang mit der Darstellung der jeweiligen Übung im Anhang behandelt.

Das Durchführungsproblem:

Die Anleitung zur Durchführung der einzelnen Übungen ist im Anhang ausführlich beschrieben, so daß hier nur kurz einige allgemeine Punkte angesprochen werden:

Oft entstehen bei der Durchführung von Übungen schwierige Situationen, bei denen der Therapeut mit Fragen, erneuten Anweisungen, Aufforderungen o.ä. eingreifen muß. Es ist wichtig, hierbei jeweils darauf zu achten, daß er den Klienten nur notwendige Hilfestellungen gibt und ihnen nicht einen Teil der "Arbeit" abnimmt. Der Therapeut sollte z. B. auch einlenken, wenn er merkt, daß einer der Partner vom anderen überfordert wird.

Bei längeren Übungen müssen die Therapeuten eine Atmosphäre schaffen, die es verhindert, daß die Klienten sich unter Leistungsdruck sehen und die Therapeuten als Beobachter empfinden, was die Wirkung der Übung zunichte machen kann.

Das Auswertungsproblem:

Diesem Punkt kommt wohl die größte Bedeutung beim Einsatz von Übungen zu. "Sinnvoll sind alle Übungen nur, wenn nach der Durchführung die Erfahrungen besprochen und reflektiert werden" (SCHWÄBISCH/SIEMS, 1974, S. 160). Daher sollte eine Kommunikationsübung möglichst nicht an das Ende einer Therapiesitzung gestellt werden, weil die gesammelten Erfahrungen darin nicht mehr aufgearbeitet werden können. Ein weiterer wichtiger Gesichtspunkt ist der, daß nicht nur positive Erfahrungen besprochen werden müssen, sondern auch Verhaltensweisen, mit denen der Klient sich z. B. vor gewissen Erfahrungen sperrt, die eventuell typisch für ihn sind und sich im Verhalten bei der Übung herauskristallisieren.

Das Übungskompendium:

Da die Übungen dazu dienen sollen, zusätzlich zu den anderen Therapeutenvariablen die angestrebten Klientenziele zu fördern, haben wir aus verschiedenen Kommunikationsprogrammen und Partnertherapiekonzepten (MANDEL et al., 1971/1975; SCHWÄBISCH/SIEMS, 1974; BACH, 1972; ANTONS, 1973) entsprechende Übungen unseren Klientenzielbereichen zugeordnet. Die Auswahl und Zuordnung der Übungen zu den Zielbereichen erfolgte unter dem Gesichtspunkt, daß den Therapeuten für jeden Zielbereich ein Repertoire zur Verfügung steht, mit dem sie möglichst unterschiedliche Funktionsbereiche der Klienten ansprechen können. Die Therapeuten sollen damit die Möglichkeit haben, je nach Situation sowohl Aspekte der Erlebens- als auch der Verhaltensebene stärker zu aktivieren.

Durch ausführliche Beschreibungen sollen die Therapeuten zunächst eine Grundlage zum Einüben im Therapeutentraining erhalten. Ziel ist jedoch, daß die Therapeuten nach entsprechender Routine im Durchführen der Übungen von sich aus eigene Variationen anwenden können. Die einzelnen Übungen sind daher jeweils mit Hinweisen zu 'Ziel', 'Indikation', 'Ablauf', 'Auswertung' (mit Beispiel) und möglichen 'Variationen' beschrieben. Um das Repertoire überschaubar zu halten, haben wir uns auf insgesamt 10 Übungen beschränkt.

Das gesamte Übungskompendium ist im Anhang (S.1-24) dargestellt.

Übungen zum Klientenzielbereich "Sich selbst mitteilen können":

An zentraler Stelle in diesem Bereich steht die Übung "WÜNSCHE ÄUSSERN", da ihr Lernziel, daß Wünsche eindeutig, klar und ohne negativen Beziehungsaspekt dem

Partner mitgeteilt werden, weitgehend mit unserer Klientenvariable übereinstimmt. Ohne die Wünsche inhaltlich gutzuheißen, ist es die Aufgabe des Partners, durch Rückmeldung zu signalisieren, ob er verstanden hat, was der andere von ihm möchte. Die Klienten werden hierdurch schrittweise an das angestrebte Verhalten herangeführt.

Die Übung liegt in mehreren Variationen vor, die ganz spezielle Schwierigkeiten im Äußern von Wünschen berücksichtigen.

Eine weitere Übung, die diesem Bereich zugeordnet ist, soll den Klienten eine Erleichterung bieten, über sich selbst zu reden. Sie ermöglicht ihnen zunächst, ungestört mit Papier und Bleistift und einigen Anregungen über die Partnerschaft nachzudenken, indem die Klienten Ist- und Sollzustand verschiedener Bereiche ihrer Partnerschaft aufzeichnen (vgl. Anhang S. 5 , Übung "Partnerschaftsverteilungskuchen").

Um Ärger, Aggressionen u.ä. direkt in der Therapiesituation ausleben zu können, Erfahrungen damit zu machen und momentanen Aggressionsdruck zu mildern, der für ein konstruktives Gespräch hinderlich ist, können die Klienten in der Übung "Gewitter" (S. 7 , Anhang) ihren Partner laut und intensiv mit "Ärger überschütten".

Übungen zum Klientenzielbereich: "auf den anderen eingehen":

Einen wichtigen Komplex in diesem Übungsteil bilden "d a s p a r t n e r z e n t r i e r t e G e - s p r ä c h" und der "K o n t r o l l i e r t e D i a - l o g", die aufeinander aufbauen. Die Partner sollen dabei in die Lage versetzt werden, einander zuzuhören, einander die Möglichkeit zu geben, über die eigenen

Gefühle und Erlebnisse zu sprechen. Diese Übungen sind sicher in jeder Partnertherapie von hohem Wert und sollten häufig eingesetzt werden, da sie die Möglichkeit zum sukzessiven Einüben von Verhaltensweisen bieten, deren Fernziel etwa das Verbalisieren emotionaler Erlebnisinhalte eines Partners durch den anderen ist.

Auch im "p a r a d o x e n R o l l e n s p i e l" sollen die Klienten versuchen, sich in den anderen einzufühlen. Dies zielt jedoch stärker auf die Erlebensebene ab. Das Rollenspiel bietet eine gute Möglichkeit, Doppelbindungen bewußt zu machen, indem z. B. ein Klient beim Spielen der Rolle seines Partners merkt, daß er gleichzeitig Unvereinbares vom anderen erwartet.

Übungen zum Klientenzielbereich "Über die Kommunikation selbst reden":

Die Übungen in diesem Bereich sollen den Klienten bestimmte Aspekte des Kommunikationsverhaltens deutlich machen. Um die Aufmerksamkeit der Klienten auf einige spezielle implizite Kommunikationsstile und deren Konsequenzen zu lenken, werden diese impliziten Kommunikationsstile sozusagen 'herausgenommen' und geübt, sie in etwas ritualisierter Form explizit zu äußern. Um die Klienten z. B. auf unausgesprochene Phantasien aufmerksam zu machen, die in die Kommunikation einfließen und Konsequenzen mit sich bringen, werden die Klienten aufgefordert, ganz deutlich eine Zeit lang nur Vermutungen zu äußern (Anhang, S.19).

Der Einfluß nonverbaler Kommunikation bei Auseinandersetzungen wird verdeutlicht, indem die Klienten bei einem Streitgespräch aufgefordert werden, etappenweise Blickkontakt und Körperkontakt einzusetzen (vgl. Übung "Aug- in Auge", Anhang, S.21).

2.3. Zusammenfassende Betrachtung der Therapeutenverhaltensweisen

Im folgenden soll der Zusammenhang der einzelnen Therapeutenvariablen und die Problematik der Kombination noch einmal verdeutlicht werden. Abschließend zeigen wir zusätzliche Richtlinien zum Einsatz der Therapeutenvariablen auf.

Das zu erprobende therapeutische Verhaltensmodell ist in zwei Arten von Variablen aufgeteilt, in Basisvariablen und in spezielle Variablen. Das Basisverhalten, das durchgehend verwirklicht werden soll, entspricht dem klientenzentrierten Grundverhalten und ist hier durch die Variable "Modellverhalten" erweitert worden, die wir gerade in der Partnertherapie mit dem Setting von zwei Therapeuten als nützlich erachten.

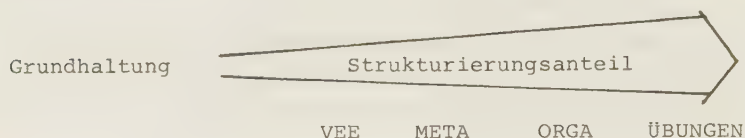
Die Basisvariablen sind als sogenannte Haltung des Therapeuten zu verstehen, woran schon deutlich wird, daß sie als Verhaltensweisen nicht unabhängig voneinander, sondern in engem Bezug zueinander stehen. BIERMANN-RATJEN et al. (1979) betonen die komplexe Wechselwirkung der klientenzentrierten Basisvariablen untereinander: "Wertschätzung und Kongruenz sind die Voraussetzung für die Wirksamkeit von Empathie. Die Empathie und die Kongruenz beeinflussen die Möglichkeit des Therapeuten, wertschätzend zu sein" (S. 37).

Auf dem Hintergrund dieses Basisverhaltens haben wir vier spezielle Variablen beschrieben, die in spezifischen Situationen eingesetzt werden können.

Zusammenhang der speziellen Therapeutenvariablen:

Betrachtet man das beschriebene Repertoire des Therapeuten, so fällt auf, daß die einzelnen Variablen sich vor allem in ihrem Ausmaß an Strukturierung un-

terscheiden. Dies läßt sich anhand einer steigenden Verlaufslinie verdeutlichen:



- In Anlehnung an die akzeptierende Grundhaltung ist die spezielle Therapeutenvariable 'Verbalisierung emotionaler Erlebnisinhalte' als sehr klientenzen-triert und wenig strukturierend im Sinne von Lenkung durch den Therapeuten anzusehen. Zwar wird auch durch die Variable 'Verbalisierung emotionaler Erlebnisinhalte' strukturiert, da der Therapeut nur be-stimmte Inhalte der Klienten-Äußerung aufgreift, je-doch hat dieses selektive Aufgreifen einen nur sehr schwachen Strukturierungsgrad.
- Mit der Variable Metakommunikation strukturiert der Therapeut insofern etwas stärker, als er den laufen-den Kommunikationsfluß unterbricht und die Aufmerksam-keit weg vom Inhalt hin auf die Art und Weise der Kom-munikation lenkt.
- Mit Organisierung übernimmt der Therapeut, wie der Name der Variablen schon sagt, eine aktiver lenkende Gesprächsführung. Er schlägt dem Klienten einzelne Verhaltensweisen vor oder fordert ihn auf, zum Bei-spiel in der Therapiesituation, ein bestimmtes Verhal-ten auszuprobieren ; hier führt der Therapeut auch von sich aus auf bestimmte Punkte des Gesprächs zu-rück, setzt also deutlich Akzente. Sowohl diese Zen-trierungsversuche als auch die Vorschläge und Auffor-derungen sind kurze Unterbrechungen, um das Gespräch zu "organisieren".

- Im Unterschied dazu durchbricht der Therapeut mit der Variable "Übungen" den Kommunikationsablauf für längere Zeit und macht von sich aus umfassendere Vorschläge. Sowohl der Inhalt als auch der formale Ablauf wird hier deutlich von ihm bestimmt. Die Klienten lassen sich auf etwas ein, was ihnen zum Teil sogar fremd ist. Somit strukturiert der Therapeut hier den gesamten Ablauf der Therapiesitzung wesentlich stärker als mit den anderen Variablen.

Problematik der Kombination:

Wir haben zur Erweiterung des Gesprächspsychotherapiekonzeptes Variablen aus der Kommunikationstherapie und Verhaltenstherapie herangezogen, die zu einem Gesamtkonzept verknüpft wurden, also aus verschiedenen therapeutischen Richtungen 'Bausteine' entnommen, diese zum Teil modifiziert oder aus anderen Elementen eine neue Variable (vgl. 'Organisierung') zusammengestellt.

Die Elemente aus den einzelnen Schulrichtungen stehen hier nicht gleichrangig nebeneinander, vielmehr ist das Konzept so aufgebaut, daß das klientenzentrierte Verhalten einen großen Teil einnimmt und die anderen Methoden damit verbunden, sozusagen eingegliedert werden. Es handelt sich auch nicht um ein "Phasisches Therapiekonzept", wie etwa bei MANDEL et al. (1971), wo die einzelnen Therapierichtungen über längere Strecken der Gesamttherapie abwechselnd eingesetzt werden, was für die Therapeuten eventuell eine Erleichterung sein kann. Da wir jedoch die Möglichkeit der Integration erproben wollen, kommt es uns darauf an, daß die Therapeuten die Elemente möglichst ineinander flechten und die Integration der Methode so vornehmen, daß sie die Klienten nicht durch "Methodensprünge" verunsichern. So soll zum Beispiel beim Einführen einer Übung der Therapeut im klientenzentrierten Sinne sein Vorhaben transparent machen und nach der Übung wieder klientenzentriert auf die Gefühle und Erlebnisse der Klienten eingehen.

Schwierig scheint die gleichwertige Realisierung der unterschiedlichen Elemente, zum Beispiel "Verbalisierung emotionaler Erlebnisinhalte" und "Übungen", durch die Therapeuten. Gleichwertig ist hier nicht als men- genmäßig zu verstehen, sondern im Sinne einer gleich guten, qualifizierten praktischen Anwendung.

Dies erfordert eine hohe Kapazität der Therapeuten, da sie sich im breiten Spektrum von Nicht-Direktivität bis zur starken Strukturierung bewegen müssen.

Ein weiteres Erschwernis für den Therapeuten ist das Fehlen von konkreten Entscheidungskriterien dafür, wann er welche Methode einsetzt. Er muß daher sehr sensibel für das Erfassen der Kommunikationsabläufe sein sowie den Umgang mit den einzelnen Methoden sicher beherrschen.

Zusätzliche Richtlinien zum Einsatz der Therapeuten-variablen:

Die ersten Therapiesitzungen in einer Partnertherapie werfen das Problem auf, sich zwischen einer diagnostischen Phase oder einem sofortigen Einstieg in den Therapieprozeß zu entscheiden.

In den bislang bestehenden verhaltenstherapeutischen und kommunikationstherapeutischen Ansätzen zur Partnertherapie und Familientherapie sind folgende Unterschiede in der Diagnostik zu verzeichnen:

Im lerntheoretischen Ansatz wird eine ausführliche explorative Phase vorangestellt, die zu einer Verhaltensanalyse führt und zwar auf der inhaltlichen Ebene der Probleme (vgl. MANDEL et al., 1971).

Die gesamte diagnostische Phase kann etwa so zusammengefaßt werden, daß zunächst eine ausgedehnte globale Verhaltensanalyse eingesetzt wird, die dem Therapeuten ermöglicht, sich in die Lebensgeschichte und Problemlage der Klienten einzuarbeiten. Daran schließt sich eine spezielle Verhaltensanalyse an, die einen schmalen Verhaltensausschnitt umfaßt; hier werden spezifische Instrumente zur Selbst- oder Fremdbeobachtung eingesetzt (HAHLWEG et al., 1979).

SCHOLZ (1978) stellt nach intensiver Auseinandersetzung mit diagnostischen Verfahren in der Partnertherapie ein Modell vor, daß sich über die ersten drei Therapiesitzungen erstreckt:

Im ersten diagnostischen Kontakt wird die partnerschaftliche Lerngeschichte der Klienten mit Hilfe einer Interviewsituation erfaßt, im zweiten diagnostischen Kontakt soll vor allem das gemeinsame Handeln und die Partnerschaft als sog. "dritte Person" herausgestellt werden. Im dritten Kontakt wird das Interventionsziel so konkret wie möglich festgelegt. Erst nach dieser ausführlichen diagnostischen Phase entscheiden sich die Klienten für oder gegen eine Therapie.

In der Kommunikationstherapie hingegen wird meist auf Diagnostik verzichtet, und die Therapie beginnt sofort; manchmal steht lediglich eine kurze (ca. 10 Min.) "Kommunikationsprobe" am Anfang, damit der Therapeut einen Einblick in den Kommunikationsstil erhält (WATZLAWICK et al., 1969).

Wir versuchen hier einen Mittelweg zu finden, das heißt, die Therapeuten sollen mit der Therapie beginnen, jedoch schwerpunktmäßig die Kommunikation beobachten und damit eine Grundlage für die jeweilige Zielbestimmung schaffen.

Außerdem wollen wir bei der Durchführung der Therapien eine Vorgehensweise finden zwischen einem strikt festgelegten Programm zur Förderung der Klientenzielbereiche einerseits, wobei der Ablauf für jedes Paar gleich wäre und andererseits einer Therapie, die aus eher unsystematischem Eingreifen der Therapeuten besteht.

Aus diesen Gründen haben wir für die Durchführung der Therapie folgende Richtlinien gesetzt:

In der ersten Sitzung sollen sich die Therapeuten hauptsächlich auf den ersten Klientenzielbereich "Sich selbst mitteilen können" konzentrieren, in der zweiten Sitzung auf den zweiten Klientenzielbereich "Auf den anderen eingehen können" und in der dritten Sitzung auf den dritten Bereich "Über die Kommunikation selbst reden können". Die Therapeuten sollen dabei den jeweiligen Zielbereich möglichst intensiv fördern und sich parallel dazu einen Eindruck über die Defizite der Klienten in diesem Bereich verschaffen.

Um die Defizite in der Kommunikation bezüglich der Zielbereiche möglichst genau für jedes Klientenpaar festzustellen, findet nach den ersten drei Sitzungen eine ausführliche Analyse in der Supervision statt. Ziel dieser Analyse ist es, das weitere Vorgehen der Therapeuten zu besprechen und herauszufinden, welcher Klientenzielbereich vorwiegend als nächster gefördert werden müßte bzw. welche Therapeutenvariablen verstärkt eingesetzt werden sollten.

Je nachdem, wie eindeutig Defizite im Klientenverhalten festzustellen sind und sich weiteres Vorgehen planen läßt, werden nach den nächsten Therapiesitzungen weitere "Analysen" - eventuell in unterschiedlichen Abständen - vorgenommen.

3. Das Gesamtkonzept im Überblick

Das in dieser Arbeit entwickelte Konzept versteht sich als ein Beispiel von unterschiedlichen Möglichkeiten der Methodenkombination und -integration und soll in seiner Praktikabilität überprüft werden. Im folgenden geht es darum, das Gesamtkonzept noch einmal zusammenfassend darzustellen und einige kritische Punkte zu diskutieren.

Aus der Fülle von möglichen Therapiezielen in der Partnertherapie wurde ein eingegrenzter Bereich, "die Verbesserung der Kommunikation zwischen den Partnern" herausgegriffen, weil wir davon ausgehen, daß die Kommunikation ein geeigneter Ansatzpunkt ist, um die gesamte Beziehung zu verbessern.

Ausgehend von Erfahrungen aus der therapeutischen Praxis, von theoretischen Überlegungen sowie von empirischen Befunden, die aufzeigen, daß das therapeutische Vorgehen einer einzigen orthodoxen Schulrichtung zur Förderung der von uns aufgestellten Ziele unzureichend ist, haben wir uns für eine Integration von Methoden entschieden. Dabei gehen wir von der klientenzentrierten Therapie als Grundlage aus. Dieser therapeutische Ansatz bietet uns die Möglichkeit, wesentliche Kommunikationsmerkmale der Beziehung Klient-Therapeut auf die Paarbeziehung zu übertragen, und erfüllt unsere Forderung nach hoher Eigenverantwortlichkeit der Klienten. Wir erweitern den gesprächspsychotherapeutischen Ansatz um Elemente aus der Kommunikationstherapie und der Verhaltenstherapie.

Entsprechend unserem Hauptziel der Kommunikationsverbesserung wurden aus verschiedenen therapeutischen Ansätzen Klientenziele formuliert und Therapeutenverhaltensweisen zur Förderung dieser Ziele aufgezeigt.

Das Hauptziel wurde durch drei Zielbereiche definiert - die eigene Selbstdarstellung, das Eingehen auf den Partner und das Erfassen der gemeinsamen Kommunikation - die jeweils auf der Verhaltensebene durch einzelne Variablen operationalisiert wurden.

Der größere Therapeuteninterventionsspielraum ergibt sich aus der Verbindung inhaltlich verbal orientierter Methoden mit stärker erlebnisaktivierenden Methoden und direkten Übungsverfahren zum Erlernen neuer Verhaltensweisen.

Zum Aufbau des Konzepts

Sowohl die Klientenziele als auch die Therapeutenvariablen sind jeweils in zwei Arten von Verhaltensweisen eingeteilt, nämlich in übergreifende bzw. durchgängig zu realisierende Verhaltensweisen und in spezielle Verhaltensweisen.

Die speziellen Verhaltensweisen der Klienten müssen im Zusammenhang gesehen werden und stehen in ständiger Wechselwirkung zueinander. Durch diese Wechselwirkung ist eine eindeutige Zuordnung der Therapeutenvariablen zu den Klientenzielen erschwert.

Die speziellen Therapeutenvariablen sind so aufgebaut, daß ihr Grad an Strukturierung steigt, je weiter sie sich vom klientenzentrierten Konzept entfernen: 'VEE' beinhaltet den geringsten Strukturierungsgrad, dann folgen 'Metakommunikation' und 'Organisierung'; die Variable 'Übungen' steht mit dem höchsten Strukturierungsgrad am Ende dieser Verlaufslineie.

Hier sollen noch einmal kurz die verschiedenen Therapeutenverhaltensmerkmale in bezug auf die Klientenziele dargestellt werden.

Den einzelnen Klientenzielbereichen sind bestimmte Therapeutenverhaltensweisen zugeordnet; diese Zuordnung ist jedoch nur schwerpunktmäßig zu verstehen, da die Grenzen zum Teil fließend sind und die Therapeutenvariablen in allen Zielbereichen wirksam sein können, wenn auch nicht gleichermaßen explizit.

Der Klientenzielbereich I "Sich selbst mitteilen können" ist in zwei Variablen aufgeteilt: "Selbstexploration" und "Wünsche äußern". Bei Defiziten in diesem Bereich liegt das Schwergewicht therapeutischer Interventionen auf dem an der Gesprächspsychotherapie-Basisvariable "Verbalisierung emotionaler Erlebnisinhalte" angelehnten Therapeutenverhaltensmerkmal "VERBALISIERUNG".

Darüber hinaus hat der Therapeut die Möglichkeit, den Klienten durch "METAKOMMUNIKATION" dazu zu veranlassen, seine Gefühle verstärkt zu explorieren, hier besonders durch das Aufzeigen von Diskrepanzen in einzelnen Äußerungen. Auch durch ORGANISIERUNG kann der Therapeut selbstexploratives Verhalten des Klienten fördern, durch Verdeutlichung von Konsequenzen problematischer Verhaltensweisen und Nachfragen an kritischen Punkten des Gesprächs.

Bei der Erstellung des Therapeutenmerkmals für den Klientenzielbereich II "Auf den anderen eingehen können" richteten wir uns nach der Zielsetzung der Therapeutenausbildung, die beinhaltet, daß die Therapeuten befähigt werden, auf den anderen einzugehen. Da es sich in der Ausbildung als günstig erwiesen hat, Verhaltensvorschläge zu machen, Konsequenzen problematischer Verhaltensweisen aufzuzeigen und die Wirkungen einzelner Äußerungen zu hinterfragen, sollen den Klienten in der Therapie durch die Therapeutenvariable ORGANISIERUNG ähnliche Bedingungen für den Lernprozeß im Zielbereich II geschaffen werden.

Der Therapeut, der VERBALISIERUNG realisiert, wirkt hier vor allem als Verhaltensmodell, denn die Klienten sollen lernen, partnerzentriert auf den anderen einzugehen, was zum Teil den Aspekten dieses Merkmals entspricht.

Durch METAKOMMUNIKATION, besonders dadurch, daß der Therapeut den Klienten auf formale und inhaltliche Aspekte seiner Gesprächsbeiträge aufmerksam macht, lernt dieser die Wirkung seiner Kommunikation kennen und kann daraufhin versuchen, destruktive Verhaltensweisen abzubauen.

Bei Schwierigkeiten im Bereich III "Über die Kommunikation selbst reden können" ist METAKOMMUNIKATION des Therapeuten die wichtigste Interventionsmöglichkeit. Da den Klienten diese Art der Kommunikation wahrscheinlich recht fremd ist, muß ihnen durch die Therapeuten deutlich gemacht werden, wie durch METAKOMMUNIKATION konstruktives Kommunikationsverhalten gefördert werden kann.

Der Therapeut hat mit dem hier beschriebenen integrativen Konzept ein breiteres Repertoire an Interventionstechniken für die Förderung der einzelnen Klientenzielbereiche zur Verfügung, als dies bei den "methodenreinen" Konzepten der Fall ist. Er hat die Möglichkeit, sowohl direktiv als auch nondirektiv zu intervenieren, teils einen, teils beide Partner anzusprechen, formale Aspekte sowie emotionale Erlebnisinhalte aufzugreifen und auch die Gesprächsstruktur vorzugeben - das vor allem beim Vorschlagen einer Übung.

Das Therapiekonzept berücksichtigt in seiner Offenheit den Grundgedanken seines Basisansatzes, der Gesprächspsychotherapie, nämlich den Therapieverlauf klientenzentriert zu strukturieren; deshalb werden den Therapeuten keine mechanistisch abzuleitenden Handlungsanweisungen gegeben, sondern mehrere und unterschiedliche Verhaltensmöglichkeiten alternativ für bestimmte Situationen zur Verfügung gestellt. Kriterien für das therapeutische Handeln ergeben sich aus der Zuordnung von kon

kreten Therapeutenverhaltensweisen zu den definierten Klientenzielbereichen. Somit kann und muß der Therapeut in jeder konkreten Situation selbst entscheiden, welche der konzeptionell vorgegebenen Verhaltensvariablen er einsetzt.

Durch die Integration verschiedener therapeutischer Ansätze wird die Einseitigkeit therapeutischer Intervention in den orthodoxen Methoden aufgehoben und der therapeutische Handlungsspielraum erweitert. Die Notwendigkeit, sich auf die konkrete Situation in der jeweiligen Therapiesitzung einzustellen und entsprechend auf sie zu reagieren, fordert natürlich von den Therapeuten große Flexibilität der Wahrnehmungs- und Verhaltensfertigkeiten. Um diesen zusätzlichen Anforderungen an die Therapeuten gerecht zu werden, ist ein intensives Therapeutentraining notwendig, dessen Schwerpunkt auf der Anwendung unterschiedlicher Methoden und ihrer sinnvollen Integration liegt.

Abschließend sei noch einmal betont, daß dieses Konzept einen anfänglichen Versuch darstellt und dem endgültig angestrebten Ziel der Integration - bei dem derzeitigen Stand der Therapiepraxis - nicht entsprechen kann.

Fragestellungen der Untersuchung:

In Zusammenhang mit der Entwicklung dieses integrativen Konzepts zur Partnertherapie sollen folgende Fragestellungen ausgewählt und einer empirischen Untersuchung unterzogen werden:

1. Läßt sich ein derartiges integratives Konzept in der Praxis verwirklichen?

Das bedeutet im Einzelnen:

- Mit welcher Häufigkeit und welcher qualitativen Ausprägung haben die Therapeuten die dem Konzept entsprechenden Variablen "Verbailisierung emotionaler Erlebnisinhalte", "Metakommunikation" und "Organisierung" verwirklicht?

- Inwieweit lassen sich ÜBUNGEN in das Konzept integrieren?

2. Zeigen sich positive Veränderungen in der Beziehung der Klienten und in ihrer Selbsteinschätzung?

Im Einzelnen:

- Verändert sich die Zufriedenheit in der Beziehung sowie Art und Ausmaß von Problemen?
- Zeigen sich Veränderungen in Persönlichkeitsmerkmalen?
- Verändert sich die Einschätzung der gesamten Beziehung und die Selbsteinschätzung der Klienten?

3. Verändert sich das Kommunikationsverhalten der Klienten?

Im Einzelnen:

- Die Klienten selbst schätzen nach der Therapie ihr Kommunikationsverhalten positiver ein als vor der Therapie
- Das Kommunikationsverhalten der Klienten, durch Fremdbeurteilung eingeschätzt, verändert sich nach der Therapie im Vergleich zu vor der Therapie in positive Richtung
- Das Kommunikationsverhalten der Klienten verändert sich im Verlaufe der Therapie zunehmend in positive Richtung

4. Bleiben die Veränderungen der Klienten über einen Zeitraum von drei Monaten nach Beendigung der Therapie stabil?

Im Einzelnen:

- Die subjektiven Einschätzungen der Klienten bleiben über einen Zeitraum von drei Monaten stabil
- Das Kommunikationsverhalten der Klienten, durch Fremdbeurteilung eingeschätzt, bleibt über einen Zeitraum von drei Monaten stabil.

In den folgenden Kapiteln sollen diese Fragestellungen empirisch beantwortet werden. Die Methoden zu ihrer Überprüfung werden in Kapitel III dargestellt, anschließend formulieren wir diese Fragestellungen als konkrete Hypothesen. Im Anschluß daran werden die Ergebnisse dargestellt und auf dem Hintergrund der Hypothesen interpretiert.

TEIL II:

PRAKTISCHE DURCHFÜHRUNG

1. FORSCHUNGSSTRATEGISCHE ÜBERLEGUNGEN

Bei der Erstellung des Untersuchungsplans ergibt sich die Frage, wie wir mit den uns zur Verfügung stehenden Mitteln am sinnvollsten dem Ziel unserer Arbeit gerecht werden, ein neues integratives Therapiekonzept erstmalig zu erproben und damit einen Beitrag für weitere Forschungsvorhaben zu leisten.

Aus statistischen Gründen wollen wir mit unserem Konzept eine möglichst große Anzahl von Klienten behandeln. Die Mindestzahl sollte etwa bei 25 Paaren liegen. Für die Durchführung der Untersuchung stand eine begrenzte Anzahl von Therapeuten in einem bestimmten Zeitraum zur Verfügung.

Es sollen daher im folgenden Überlegungen zur Erfolgs- und Prozeßforschung, zu den Erfolgskriterien und Erhebungsmethoden sowie zur Kontrollgruppe angestellt werden.

1.1. Zur Prozeßkontrolle und Erfolgsforschung in der Therapie

Diese beiden Vorgehensweisen werden in der Literatur oft getrennt; sie sind jedoch, wie neuere Forschungsansätze zeigen, als einzelne Betrachtungsweisen wenig sinnvoll (HARTIG, 1975; HELM, 1974; PETERMANN, 1977). Bisher wurde meist der Erfolgskontrolle, die auch als das ältere der beiden Verfahren gilt, mehr Bedeutung beigemessen. Eine gleichzeitige Beschreibung der Veränderungsvorgänge ist jedoch notwendig, um das Therapiegeschehen transparent zu machen. Reine Differenzangaben vor und nach der Therapie lassen auf Änderungsprozesse schließen, ohne diese selbst zu charakterisieren, obwohl gerade diese Informationen wichtig wären, um den

Therapieprozeß zu intensivieren und zu analysieren. Eine gemeinsame Betrachtungsweise von Erfolgskontrolle und Prozeßforschung wird in letzter Zeit als unbedingt notwendig gefordert (vgl. HARTIG, 1975; BOMMERT, 1978; KIESLER, 1966). Sie ist auch Ziel unseres Projekts.

Als Konsequenz zu den vorangegangenen Überlegungen haben wir folgende Entscheidungen für die Meßzeitpunkte getroffen:

Die Untersuchung umfaßt eine Erhebung zu 8 verschiedenen Zeitpunkten, wobei sowohl der Therapieprozeß analysiert, als auch die Erfolgskontrolle mit einbezogen wird: Vortest, Nachtest und eine Follow-up- Erhebung sowie eine Analyse des Therapieprozesses anhand von fünf Zeitstichproben (s.S. 170 ff.).

1.2. Zu den Erfolgskriterien und Erhebungsmethoden

Mit der Problematik der Erfolgs- und Prozeßforschung hängt das Problem der Kriterienmaße eng zusammen. Schwierig ist hierbei vor allem die Operationalisierung des Konstruktes 'Erfolg' und die Messung von 'Erfolg'. Die inhaltliche Bestimmung der Ziel- und Erfolgskriterien ist nach HELM (1974) abhängig vom Menschenbild, von den theoretischen Annahmen über psychische Fehlentwicklungen und von der Klassifizierungsart der Störungen (S.33). Demnach unterscheiden sich bei der Vielzahl der therapeutischen Ansätze auch jeweils die Zielkriterien (HARTIG, 1975; BASTINE, 1970).

Unsere Erfolgskriterien ergeben sich aus den in Kapitel I. B. (S.56 ff.) beschriebenen Therapiezielen. Zusammenfassend lassen sich noch einmal benennen:

- Positive Veränderungen im Erleben der gesamten Beziehung der Klienten und
- positive Veränderungen in einigen Kommunikationsvariablen der Klienten.

Zur Messung und Überprüfung dieser Kriterien stehen etliche Methoden zur Verfügung.

HARTIG (1975) zählt zu den gebräuchlichsten Methoden der Erfassung von Therapieerfolg: Schätzverfahren (Ratings), objektive Tests, subjektive Tests, objektive Ereignisse, psychophysiologische Meßkriterien, Analyse von Therapieprotokollen und Verhaltensbeobachtung.

Aus dieser Vielfalt von Möglichkeiten entscheiden wir uns, sowohl die Selbsteinschätzung der Klienten (durch Fragebogen) zu erfassen als auch Verhaltensstichproben zu erheben, in denen das Kommunikationsverhalten der Klienten durch Fremdeinschätzung (Rating) beurteilt wird.

Selbsteinschätzung:

Im Hinblick auf das Ziel, die Beziehung der Klienten zu verbessern, ist es für den Therapieerfolg wesentlich, zu untersuchen, ob die Klienten ihre Beziehung nach der Therapie als verändert erleben. Gemäß dem Aufbau unseres Therapiekonzepts, in dem die klientenzentrierte Therapie als Basismethode zu verstehen ist, nimmt das subjektive Empfinden der Klienten einen wesentlichen Stellenwert bei der Erfolgsmessung ein (vgl. ROGERS, 1959, 1970; TAUSCH, 1975).

Nach ROGERS (1970) ist die subjektive Einschätzung der Klienten sogar das wesentliche Kriterium für Therapieerfolg. Obwohl wir, im Gegensatz zu dieser Auffassung von ROGERS, begleitende 'objektive' Methoden für notwendig erachten, ist speziell in einer Untersuchung mit Erkundungscharakter die subjektive Einschätzung der Klienten von großer Bedeutung.

FRANKE (1978) z.B. hat erhebliche Diskrepanzen zwischen den statistisch nachzuweisenden Veränderungen und den subjektiven Erfolgseinschätzungen von Gruppentherapie Klienten erhalten. Obwohl die Gruppentherapie Klienten sich objektiv deutlich weniger verbesserten als die Einzeltherapie Klienten, haben sie doch in gleichem Ausmaß Therapieerfolg 'erlebt'.

Um möglichst viele Veränderungsbereiche abzudecken, berücksichtigen wir bei der Selbsteinschätzung Fragen zur Persönlichkeitsstruktur, Einschätzungen der Kommunikation der Klienten und Einschätzungen der Probleme und Schwierigkeiten in der Beziehung der Klienten.

Fremdbeurteilung:

Wir halten es für notwendig, sogenannte 'objektive' Daten in unsere Untersuchung mit einzubeziehen, da mit größeren Fehlerquellen gerechnet werden muß, wenn nur aufgrund der Selbsteinschätzung der Klienten Schlüsse zur Veränderung gezogen werden (vgl. HARTIG, 1975).

Vor allem in der Verhaltenstherapie gilt die unmittelbare Erfassung des beobachtbaren Verhaltens als eine Grundforderung (SCHULTE/KEMMLER, 1974) und bietet eine notwendige Ergänzung zur Selbsteinschätzung. Auch in der verhaltenstherapeutischen Partnertherapie wird der direkten Beobachtung der verbalen und non-verbalen Interaktion der Partner große Bedeutung beigemessen (HAHLWEG et al., 1979).

Grundsätzlich bieten sich mehrere Möglichkeiten, das Kommunikationsverhalten der Klienten zu beobachten. So könnte es zum Beispiel zu Hause in einer unstrukturierten Situation, mit Therapeuten in einer strukturierten Situation oder ohne Therapeuten in einer strukturierten Situation untersucht werden.

Obwohl aus Validitätsüberlegungen heraus eine Beobachtung des Paares in seiner natürlichen Umgebung zu fordern wäre, ist diese Art der Verhaltensbeobachtung in hohem Maße unökonomisch. Es empfiehlt sich daher, eine standardisierte Situation zu schaffen, die konfliktauslösend ist.

Die Standardisierung solcher Konfliktsituationen bietet nach HAHLWEG et al. (1979) den Vorteil,

- a) eine Vergleichbarkeit über mehrere Paare herzustellen und
- b) das Auftreten von problematischen Verhaltensweisen nicht nur dem Paar zu überlassen, sondern sie gezielt herbeizuführen.

Als Konsequenz aus diesen Überlegungen wählen wir folgende Vorgehensweise: Die Klienten führen ohne die Anwesenheit der Therapeuten ein Gespräch, das auf Tonband aufgezeichnet wird und einem bestimmten Themenvorschlag folgt.

1.3. Das Kontrollgruppenproblem

Aufgrund der begrenzten Anzahl der Therapeuten (vgl. S. 132) ist die Behandlung einer gleichgroßen Kontrollgruppe nicht durchführbar.

Daher mußte abgewogen werden zwischen der Möglichkeit, eine wesentlich kleinere Untersuchungs- u u d eine Kontrollgruppe zu bilden oder die Kapazität der Therapeuten für eine möglichst große Untersuchungsstichprobe auszuschöpfen.

Wir haben uns für eine Untersuchungsanordnung ohne Kontrollgruppe entschieden. Diese Entscheidung ist durch folgende Überlegungen begründet:

Der herkömmliche Einsatz von unbehandelten Kontrollgruppen dient hauptsächlich der Frage, wieweit ein erzielter Effekt tatsächlich durch die Therapie hervorgerufen wurde oder wieweit ein ähnlicher Effekt auch bei einer Kontrollgruppe ohne Therapie zu beobachten ist.

Es ist nicht das Anliegen unserer Arbeit, den Effekt einer bestimmten Therapiemethode sicherzustellen. Mit dem Verzicht auf eine Kontrollgruppe beschränken wir unsere Aussagen darauf, ob und in welchem Ausmaß bei

den behandelten Klienten Veränderungen stattgefunden haben. Bei einer Veränderung in positiver Richtung lassen sich außer einem positiven Behandlungseffekt auch noch andere Erklärungsmöglichkeiten finden (KIRCHNER, et al., 1977). Eine Untersuchungsanordnung ohne Kontrollgruppe ist daher einer Untersuchung mit Kontrollgruppe grundsätzlich unterlegen. Wir können aber aufgrund bisher vorliegender Untersuchungen davon ausgehen, daß eine therapeutische Behandlung nach der orthodoxen Gesprächspsychotherapiemethode Veränderungen bei den behandelten Klienten hervorruft (vgl. z.B. TAUSCH, 1975; BOMMERT, 1978; MINSEL, 1974). Daher halten wir es für vertretbar, die Anwendung eines erweiterten Gesprächspsychotherapiekonzepts zunächst ohne Kontrollgruppe durchzuführen.

Die vorliegende Arbeit ist eine Erkundungsstudie und soll zunächst Anhaltspunkte liefern für die Durchführung einer integrativen Partnertherapie. Wir halten es daher unter den genannten Gesichtspunkten - trotz aller Vorbehalte - für sinnvoll, diese Untersuchung ohne Kontrollgruppe durchzuführen.

Trotz des Mangels einer Kontrollgruppe versuchen wir durch wesentliche Bedingungen in der Untersuchungsanordnung zu einer adäquaten Bewertung der Ergebnisse zu gelangen.

So beugen wir einer Verfälschung der Messungen von Seiten der Klienten vor durch die Erhebung verschiedenartiger Kriterien, die Verwendung möglichst reliabler Meßinstrumente und der Durchführung einer Mehrpunktemessung unter Einschluß von Follow-up-Daten (vgl. KIRCHNER et al., 1977).

Zusammenfassend läßt sich festhalten: Das subjektive Erleben der Klienten und das Kommunikationsverhalten der Klienten sollen in bezug auf Veränderungen vor und

nach der Therapie gemessen werden. Außerdem findet eine Prozeßanalyse über das Kommunikationsverhalten des Paares im Therapieprozeß statt. Die Untersuchung sieht keine Kontrollgruppe vor.

Da wir Aussagen über den therapeutischen Einfluß auf die Klienten machen wollen, wird im folgenden, nach einem Gesamtüberblick, das Therapeutentraining und die Überprüfung des Therapeutenverhaltens dargestellt.

2. GESAMTÜBERBLICK ZUM UNTERSUCHUNGSABLAUF

Bevor die Durchführung im Einzelnen geschildert wird, soll vorab mit Hilfe des Untersuchungsplans in Grundzügen ein knapper Überblick gegeben werden (Abbildung 1, S. 129).

Therapeutentraining:

Um das beschriebene Therapiekonzept anwenden zu können, führten wir ein Therapeutentraining in einer Gruppe von 24 Teilnehmern durch (einschließlich der Projektgruppenmitglieder, vgl. S.130).

Die Ausbildung umfaßte insgesamt ca. 120 Stunden und lief über 8 Wochen mit je drei halben Ausbildungstagen und einem Wochenende für 'Problemzentrierte Selbsterfahrung'. Arbeitsgegenstand war die Weiterentwicklung von übergreifendem Therapeutenverhalten (Basisverhalten) und das Eintrainieren spezieller Therapeutenverhaltensweisen nach unserem Konzept. Dazu wurden erfahrungszentrierte, verhaltenszentrierte und kognitive Methoden zu einem integrativen Ausbildungskonzept zusammengeschlossen. Anhand eines Nachbefragungsbogens haben wir einige Erfahrungen der Therapeuten ermittelt und durch einen Gesprächstest vor und nach dem Training wurden die Lernfortschritte überprüft.

Therapiephase:

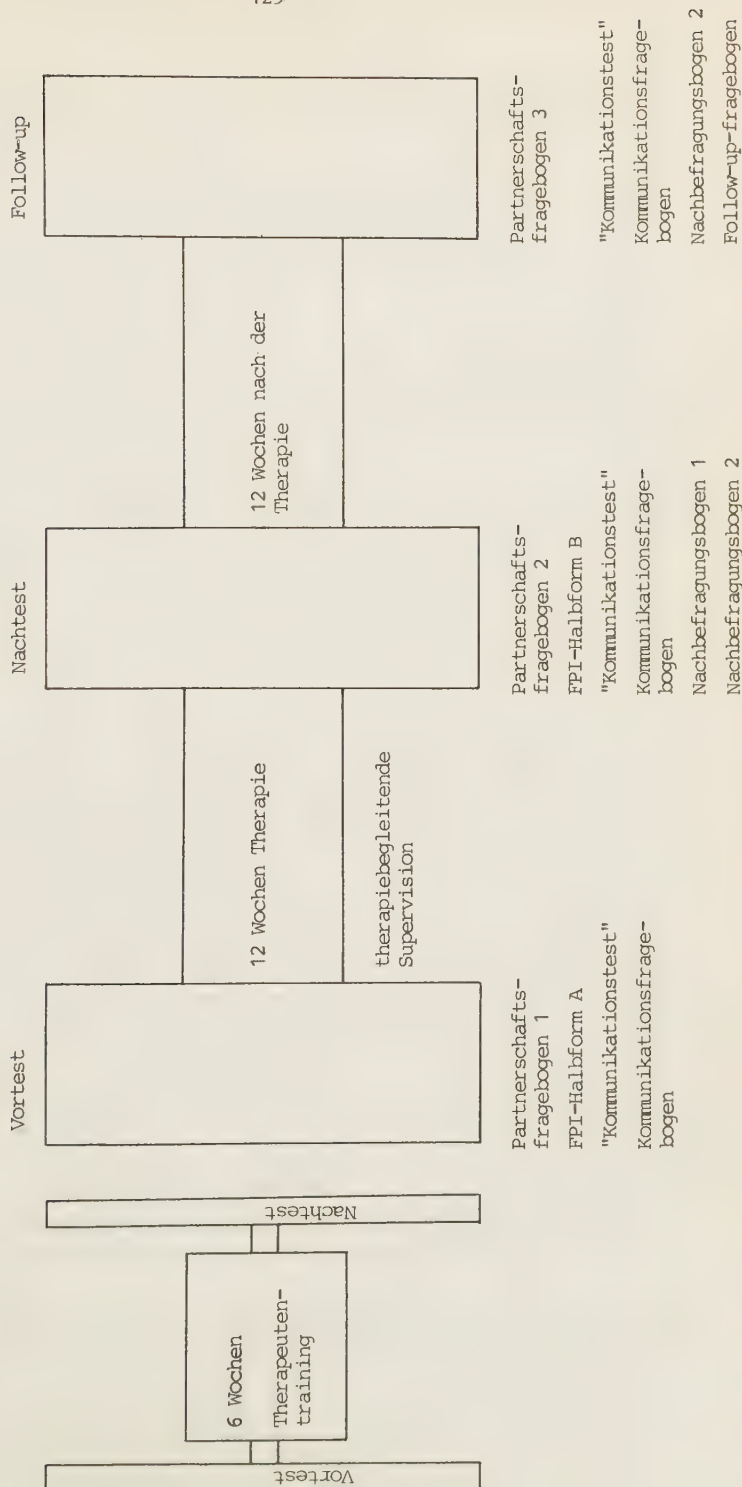
Direkt im Anschluß an das Training erfolgte die Therapiephase mit 26 Klienten-Paaren. Die Therapien umfaßten 12 Kontakte, pro Woche eine Sitzung à 90 Minuten. Während der gesamten Therapiedurchführung erhielten die Therapeuten wöchentlich Supervision in Kleingruppen.

Um Veränderungen in der gesamten Beziehung und in der Kommunikation der Klienten zu erfassen, wurde eine Vor-, Nach- und Follow-up-Untersuchung der Paare durchgeführt, jeweils im Abstand von 12 Wochen. Hierbei wurden sowohl subjektive Einschätzungen der Klienten durch Fragebogen herangezogen als auch 'objektive' Einschätzungen durch Fremdbeurteilung im Rahmen eines Verhaltenstests.

Die Veränderungen des Klienten-Verhaltens während der Therapiezeit wurden anhand von Stichproben aus den Therapiekontakten überprüft.

Für die Fremdeinschätzung wurden Meßinstrumente (Skalen) entwickelt und modifiziert, um die Klienten-Ziele "Selbstexploration", "Verbalisierung", "Nachfragen/Klären" und "Metakommunikation" sowie die Therapeutenvariablen "Verbalisierung", "Organisierung" und "Metakommunikation" zu erfassen. In Abb. 1 sind die angewandten Meßverfahren zur subjektiven Einschätzung aufgeführt (Näheres s. S. 163 ff.).

Abb. 1 : G E S A M T Ü B E R B L I C K



3. THERAPEUTENTRAINING

Das Therapeutentraining nimmt innerhalb der Gesamtuntersuchung - als Voraussetzung für die Durchführung von Therapien - einen hohen Stellenwert ein. Da es in dieser Form als Training zur Partnertherapie neu konzipiert worden ist, soll es im folgenden ausführlicher dargestellt werden.

Eine wesentliche Intention bei der Durchführung des Training bestand darin, eine möglichst optimale Form zu finden, um das erarbeitete Konzept an die Therapeuten weiterzuvermitteln. Da das Training auch auf andere Therapiekonzepte mit etwa ähnlichen Variablen übertragbar ist, wollen wir nach den Erfahrungen der praktischen Durchführung einige Konsequenzen für weitere Trainings aufzeigen.

Ausbilder:

Die Ausbilder setzten sich aus den 7 Mitgliedern der 'Projektgruppe' ^{*} zusammen, die alle aktiv mittrainierten, was etwa vergleichbar ist mit der Arbeit im Sinne des Mediatorenprogramms (MARBURGER AUTORENKOLLEKTIV, 1977).

3.1. Konzeption und Durchführung des Trainings

Um ein Trainingskonzept zu erstellen, das den notwendigen personellen, organisatorischen und inhaltlichen Voraussetzungen genügt, haben wir Erfahrungen und Forschungsergebnisse aus verschiedenen Therapieausbildungen zusammengetragen und die für uns als sinnvoll erscheinenden Aspekte als Forderungen herausgearbeitet.

Wir beziehen uns in den folgenden Abschnitten jeweils zunächst auf das Resümee der allgemeinen Ergebnisse und

* _____

Reiner Hardt, Gerburg Kemper, Monika Nentwig, Rainer Opitz, Edith Reimann und Christiane Seebaß danke ich für ihre Mitarbeit.
Mein besonderer DAnk gilt hier Monika Nentwig für ihre wesentliche Unterstützung bei der Durchführung des Trainings.

schildere direkt im Anschluß, wie wir die 'Forderung' für uns umgesetzt haben.

3.1.1. Wahl der Ausbildungskandidaten

In den meisten Institutionen zur Ausbildung von Partnertherapeuten geben persönliche Eigenschaften und Eindrücke den Ausschlag bei der Wahl der Ausbildungskandidaten. (ROGERS, 1942, 1976; MANDEL, 1976).

Da diese subjektiven Kriterien jedoch noch nicht operationalisiert sind und Forschungsergebnisse bezüglich der Persönlichkeitsfaktoren bisher noch fehlen, ist dieses Verfahren äußerst problematisch.

Auch zur Frage nach der Bedeutung der Erfahrung des Therapeuten liegen sehr widersprüchliche Ergebnisse vor. Es lassen sich daher keine konkreten Forderungen zur Wahl der Ausbildungskandidaten aufstellen, wir können uns nur an Ansätzen und Beispielen orientieren.

Grundsätzlich kann man davon ausgehen, daß ein Partnertherapeut zumindest ein grundlegendes Repertoire aufweisen muß, wie es auch zur Durchführung von Einzeltherapien erforderlich ist. Obwohl bisher noch kein einheitliches therapeutisches Basisverhalten definiert wurde, läßt sich aus einigen Forschungsergebnissen folgern (TSCHULIN, 1972), daß ein therapeutisches Basisverhalten unverzichtbar ist und nur so in Verbindung mit differentiellen therapeutischen Techniken eine erfolgreiche Durchführung der Therapien ermöglicht. So ist eine Grundausbildung in derjenigen therapeutischen Schulrichtung zur Voraussetzung zu machen, die in der Partnertherapie am stärksten zum Tragen kommt.

Da in unserem Therapiekonzept die Gesprächspsychotherapie als Grundlage zu sehen ist, war für die Teilnahme eine abgeschlossene Gesprächspsychotherapie-Ausbildung die Voraussetzung. Persönlichkeitsfaktoren und Erfahrung des Therapeuten wurden aus o.g. Gründen nicht berücksichtigt. Ein indirektes Auswahlkriterium ergab sich durch unser Therapiekonzept, das eine ge-

wisse Kooperationsfähigkeit und Flexibilität der Ausbildungskandidaten erfordert.

Das Training wurde mit 24 Therapeuten durchgeführt, 12 Therapeuten waren weiblich, 12 männlich. Die meisten Teilnehmer waren Diplomanden der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster, ein Teil war bereits berufstätig.

3.1.2. Dauer und Intensität

Über die Länge der Ausbildung von Partnertherapie gibt es keine verbindlichen Aussagen. Die Zeitangaben der meisten Institutionen beziehen die Grundausbildung mit ein und belaufen sich somit auf Jahre mit mehreren hundert Sitzungen (z. B. MANDEL / MANDEL, 1976). Wir halten diese Angaben jedoch momentan für relativ beliebig, da der Effekt nicht nur von der Zeit, sondern auch vom Inhalt und einer Menge anderer Variablen abhängt (CÖLLEN, 1976). Andererseits betrachten wir eine berufsbegleitende Praxis unter Supervision als wichtig. Sinnvoll erscheint es, die Ausbildung zeitlich nicht zu gedrängt anzulegen, damit die Inhalte und Erlebnisse ausreichend verarbeitet werden können. Es muß also ein akzeptabler Kompromiß zwischen Länge und Intensität gefunden werden. So halten wir z. B. ein Training von 2 1/2 Wochen mit 40 Stunden pro Woche für weniger effektiv und daher nicht vergleichbar mit einem 8wöchigen Training mit gleicher Stundenanzahl.

Orientierungspunkte für die Dauer boten uns die Richtlinien der GwG, wobei wir unsere Ausbildung als eine Art Zwischenstadium zwischen Grund- und Zusatzausbildung verstehen, nämlich als zusätzliche Befähigung mit der vorausgesetzten Grundausbildung. Weiterhin unterschieden pragmatische Gesichtspunkte: die Ausbildung mußte in den Semesterferien durchgeführt werden. Das Training fand im Zeitraum von 8 Wochen statt. Um die Dauer etwa der gesamten Grundausbildung anzugleichen (100 Stunden), ergab sich dabei ein wöchentlicher

Aufwand von ca. 13 Stunden. Wir führten jede Woche drei Blocks von mindestens 4 Stunden durch. Zusätzlich zu den regelmäßigen wöchentlichen Arbeitssitzungen wurde ein Wochenendblock von ca. 25 Stunden (2 1/2 Tage) für problemzentrierte Selbsterfahrung vorgesehen. Das Training erstreckte sich folglich über insgesamt 120 Ausbildungsstunden innerhalb von 8 Wochen.

Dieses Training soll als ein Teil der Ausbildung betrachtet werden, der 'die Erarbeitung allgemeiner Grundlagen, Fertigkeiten und Techniken' beinhaltet. Der nächste Ausbildungsabschnitt, 'die Durchführung von eigenen Therapien unter Supervision', findet im Anschluß statt.

3.1.3. Zu den Ausbildungsinhalten

Die Ausbildungsinhalte richten sich weitgehend nach den speziellen Zielsetzungen der auszubildenden Institute.

Es kann lediglich allgemein festgehalten werden, daß die Ausbildung immer die Elemente 'Theorie', 'Erwerb spezieller Techniken', 'Selbsterfahrung' und 'berufsbegleitende Praxis' aufweist.

Für unser Training hieß das, daß sich die Therapeuten ausführlich mit dem Konzept vertraut machen und theoretische Grundlagen zur Gesprächspsychotherapie, Kommunikationstherapie, Partnertherapie allgemein erarbeiten mußten (s.S. 138).

Hauptziel des Trainings war jedoch die Erarbeitung therapeutischer Fähigkeiten. Laut Konzept läßt sich das Therapeutenverhalten in übergreifende und in spezielle Verhaltensweisen einteilen (da diese im theoretischen Teil der Arbeit ausführlich dargestellt sind (s. Kap. B), wird hier nicht näher auf die Beschreibung der einzelnen Merkmale eingegangen).

Die übergreifenden Verhaltensweisen waren, da sie als allgemeine Grundhaltung des Therapeuten gelten, schon in Grundzügen vorhanden und galten daher eher als implizites Trainingsziel. Sie waren insofern Trainingsgegenstand, als die Merkmale für die Partnertherapie z. T. etwas verändert werden müssen.

Um den Forderungen von "Echtheit und Selbstkongruenz", "Positive Wertschätzung und emotionale Wärme", sowie "Modellverhalten" zu entsprechen, wurde im Training vor allem auf folgendes geachtet:

Die Äußerungen der Therapeuten sollten kongruent sein. Sie sollten sich auf der Beziehungsebene einig sein und Streitigkeiten auf der Inhaltsebene konstruktiv austragen. Bei Meinungsverschiedenheiten während der Rollenspiele sprechen die Therapeuten ihre Gefühle absichtlich aus und versuchen dabei, sich klar und präzise auszudrücken, damit die Inhalte für jeden nachvollziehbar sind. Sie üben, ausdrücklich und begründet darauf hinzuweisen, wenn sie eigene Problemlösungsprozesse unterbrechen, um die Aufmerksamkeit nicht vom Problem der Klienten abzulenken. Sie trainieren, Kritik in angemessener Form zu geben, versuchen selbst, gemäß den Klienten-Zielen zu kommunizieren. Dies wird in der Gruppe durch die Reflexion eigener Verhaltensmuster unterstützt.

Die speziellen Verhaltensweisen "Verbalisierung emotionaler Erlebnisinhalte", "Organisierung", "Meta-kommunikation" und "Übungen" werden einzeln mit Hilfe der im folgenden geschilderten Methoden eintrainiert und bilden den Schwerpunkt des Trainings.

3.1.4. Didaktisch-methodisches Konzept

Zur Therapieausbildung allgemein liegen eine Reihe von Anregungen und Ergebnissen vor.

Wir haben verschiedene didaktische Konzepte herangezogen, die sich vor allem im Verhältnis von einstellungs- und erfahrungszentrierten (ROGERS, 1951, 1976) und verhaltenszentrierten Anteilen (MINSEL, 1974) unterscheiden.

Die Überprüfung der verschiedenen Ausbildungsmethoden hat ergeben, daß es am effektivsten ist, erfahrungszentrierte und didaktische Anteile der Ausbildung eng zu einer integrativen Ausbildungsmethode zu verbinden (TRUAX/CARKHUFF, 1967; TSCHULIN, 1972; ROLOFF, 1976).

Folgende allgemeine Prinzipien für die Ausbildung von Partnertherapeuten lassen sich daraus zusammenfassen, die wir auch in unserem Training berücksichtigt haben:

1. Die Lernprinzipien müssen operationalisiert werden

Im Rahmen des Theoriekurses erhielten die Therapeuten einen Überblick über das Projekt, die operationalisierten Klienten- und Therapeutenvariablen, sowie das Übungskompendium in schriftlicher Form. Im Micro-Counseling erhielten die Therapeuten konkrete Verhaltensanweisungen, die zur Erreichung der Lernziele dienten.

2. Didaktische und erfahrungszentrierte Anteile sind zeitlich zu verbinden

Der Trainingsplan war so aufgebaut, daß in jeder Woche eine Micro-Counseling-Sitzung (s. S.140), eine Kommunikationsübung und ein Rollenspiel stattfand. Diese wurden systematisch laufend durch theo-

retische Diskussionen begleitet. Das Selbsterfahrungswochenende führten wir nach der ersten Trainingswoche durch.

3. Das sozial-emotionale Klima ist so zu gestalten, daß offene Meinungsäußerungen auch in schwierigen Situationen möglich sind. Die Ausbildung darf in ihren Bedingungen nicht dem Ausbildungsziel widersprechen.

Sowohl die Arbeitsgruppen als auch die Therapeutenpaare wurden aufgrund von Sympathiewahlen zusammengestellt. Die besondere Rolle der Tutoren - sie waren selbst auch Ausbildungskandidaten - machte ein gleichberechtigtes Lernen voneinander möglich sowie den Austausch von Meinungen und Erfahrungen.

Die problemzentrierte Selbsterfahrung gab den Teilnehmern die Möglichkeit, sich persönlich kennenzulernen und ausführlich Feedback auszutauschen.

4. Die Möglichkeit der Selbsterfahrung soll einen besonderen Stellenwert innerhalb der Ausbildung erhalten.

Die Selbsterfahrung nahm zeitlich einen relativ großen Anteil der Ausbildung ein. Das Wochenende lag an einem Termin, der es ermöglichte, gleichzeitig Trainingserfahrungen zu diskutieren und dem gegenseitigen Kennenlernen neue Impulse zu geben. Längere Rollenspiele, in denen die Teilnehmer ihre eigenen Schwierigkeiten als Probeklienten bearbeiteten, trugen auch zur persönlichen Entwicklung bei.

5. Bereits vorhandene therapeutische Fähigkeiten der Teilnehmer bzw. die bisherige Ausbildung sind zu berücksichtigen.

Die Ausbildungsvoraussetzungen waren vereinheitlicht (Gesprächspsychotherapie) und die gesamte Ausbildung wurde unter dieser Bedingung geplant.

6. Die Ausbildung muß realitätsnah sein.

Mit dem methodischen Element der 'Rollenspiele' konnten die Therapeuten ihren persönlichen Therapie-stil verwirklichen, in den die erlernten Verhaltensweisen integriert werden. Durch die Probeklienten war die Übungszeit sehr realitätsnah. Direkt im Anschluß an das Training wurden die Therapien durchgeführt, so daß kein Lernverlust stattfand.

7. Die Ausbildung muß insgesamt überprüfbar sein und dem Auszubildenden die Kontrolle über seinen Lernerfolg ermöglichen.

Die Kontrolle wurde durch ständige Videoaufnahmen unterstützt. Ein Zwischengespräch, das von der Projektgruppe beurteilt wurde, gab dem Therapeuten Hilfestellung, gezielt an seinen noch vorhandenen Schwierigkeiten zu arbeiten.

In Form von Testgesprächen vor und nach der Ausbildung wurde der Leistungsstand überprüft (s.s.147ff.).

3.1.5. Ausbildungsmethoden

Die Elemente "Theoriekurs", "Rollenspiel", "Micro-Counseling", "Kommunikationsübungen", "Selbsterfahrung" haben allgemein in der Therapeutenausbildung einen besonderen Stellenwert und sollten deshalb auch in ein Ausbildungskonzept für Partnertherapeuten einbezogen werden.

Theoriekurs:

In diesem Ausbildungsabschnitt sollen die Teilnehmer

- Kenntnisse erwerben über Ursprünge, Arten und Konsequenzen von Problemen der Partnerschaft;
- Kenntnisse erwerben über Möglichkeiten der Partnertherapie;
- die kognitive Integration der gesamten Ausbildung vollziehen und Zusammenhänge zwischen Ausbildungsmethoden und Ausbildungszielen herstellen und dadurch die eigene Praxis kritisch beurteilen können.

In dem von uns durchgeführten Theoriekurs wurden die theoretischen Grundlagen zunächst von den Therapeuten in Einzelarbeit vor Beginn des eigentlichen Trainings erarbeitet, wofür sie schriftliches Material erhielten. Nach einer gemeinsamen einführenden Diskussion zu Beginn fanden in regelmäßigen Abständen weitere Plena statt, in denen vor allem folgende Inhalte bearbeitet wurden:

- Generelle theoretische Grundlagen der Partnertherapie als Voraussetzung für das Therapiekonzept sowie Einführung in das Therapiekonzept;
- Erarbeitung der Klientenziele und der Therapeutenverhaltensweisen sowie deren wechselseitige Bedingtheit;
- Besonderheiten der Kotherapeutentätigkeit.

Rollenspiel:

Im Rollenspiel, einer sehr verbreiteten Methode in der Therapieausbildung, sollen vor allem Erfahrungen gemacht, Entscheidungsprozesse verstanden und Fertigkeiten im Spiel selbst gelernt werden (TAYLOR / WALFORD, 1974).

Im einzelnen kann das bedeuten:

- lernen, spontan auf die angebotene Situation zu reagieren; Fähigkeiten an einer realitätsnahen Situation erproben;
- Verständigung mit dem Kotherapeuten;
- mehr Selbstsicherheit durch die wachsende Vertrautheit mit der Rolle als Partnertherapeut und durch das Feedback der Trainer und Teilnehmer;
- die Wirkung von Therapeuteninterventionen aus der Sicht des Klienten kennenlernen;
- gewöhnen an die äußeren Umstände (Video, Sitzordnung);

Als Nebeneffekt kann sich eine Verbesserung des Arbeitsklimas ergeben.

In unserer Ausbildung wurden solche Übungssequenzen als Rollenspiel bezeichnet, die über ca. 15 - 90 Minuten durchgeführt wurden, womit sich dieses Trainingselement vom Micro-Counseling unterschied. Sie umfaßten einen längeren Zeitraum, damit Entwicklungen der Interaktion innerhalb der Rollenspiele ablaufen konnten.

Die Rollenspiele wurden von der ersten Trainingswoche an eingesetzt, wobei sie zunächst eine allgemeine Gewöhnung an die Therapiesituation zum Ziel hatten. Die Länge und Strukturiertheit der Rollenspiele steigerten wir zunehmend, so daß die Möglichkeit gegeben war, Entwicklungen im Rollenspiel zu bewältigen und Durchhaltevermögen zu schulen.

Alle Rollenspiele wurden mit Tonband oder Video aufgezeichnet und gleichzeitig von der Trainingsgruppe beobachtet. Danach fanden jeweils ausführliche Besprechungen statt, in denen u. a. Übungsziele für jeden einzelnen Therapeuten festgelegt wurden.

Gelegentlich traten in den Rollenspielen Beziehungsprobleme der Therapeuten untereinander auf, die dann in Gruppengesprächen weiterverarbeitet wurden. So standen auch Rollenspiele und Selbsterfahrung in enger Verbindung. Für die längeren Rollenspiele in der zweiten Trainingshälfte hatten sich Probeklienten für mehrere Gespräch zur Verfügung gestellt. Dies hat sich als sehr effektiv erwiesen, da die Arbeit mit 'fremden' Klienten nahe an die therapeutische Realsituation grenzt.

Micro- Counseling:

Das Micro-Counseling, aus dem sogenannten 'Micro-Teaching' in der Lehrerausbildung entwickelt (vgl. IVEY et al., 1968; IVEY, 1971), ist das systematische, praktische Üben therapeutischer Teilfertigkeiten unter reduzierten Realbedingungen mit dem Ziel, spezielle Therapeutenverhaltensweisen zu erlernen. Mehrfache Wiederholungen der Übungssequenzen mit Video ermöglichen gezielte Rückmeldung und Training von Details. Die Realsituation wird dabei reduziert auf einen kurzen zeitlichen Abschnitt (ca. 5 Min.).

Es ergeben sich vor allem folgende Lernmöglichkeiten, die wir für wichtig erachten:

- Lernen am Modell : Durch die Möglichkeit, beliebig häufig eine Szene zu wiederholen, können gute Verhaltensmodelle von allen Trainings teilnehmern übernommen werden.
- Unmittelbare Rückmeldung: Durch die kurze Sequenzdauer und während der Beobachtung des Videobandes können Verstärkungen möglichst sofort gegeben werden und sich Lernen besonders schnell vollziehen.
- Wiederholtes Üben: Die kurze Übungsdauer ermöglicht mehrere Wiederholungen unter spezifischen Aspekten der Veränderung.
- Selbstwahrnehmung: Der Trainierende kann selbst die Rolle des Beobachters einnehmen; dadurch werden Beurteilungen und Vorschläge von anderen besser verständlich und eventuell genauer veränderbar.

In unserem Training wurde jeweils fürs Micro-Counseling eine konkret operationalisierte Therapeutenfertigkeit als Zielverhalten definiert und das 'Klientenverhalten' entsprechend vorstrukturiert. Schwerpunktmäßig fand das Micro-Counseling jeweils nach der theoretischen Einführung einer Therapeutenvariable Anwendung. Gegen Ende des Trainings setzten wir Micro-Counseling dann jeweils punktuell an, z. B. bei Unklarheiten oder zur Abgrenzung einzelner Therapeutenvariablen.

Kommunikationsübungen:

Kommunikationsübungen sind ein geeignetes Hilfsmittel, um Erlebnisprozesse und Interaktionsprozesse anzuregen, zu unterstützen und zu erweitern. Diese Möglichkeiten können für die Klienten aber nur dann optimal genutzt werden, wenn sie zum richtigen Zeitpunkt und mit expliziter Begründung eingesetzt und nach der Durchführung situationsentsprechend ausgewertet werden.

Die Lernbereiche für den Therapeuten lassen sich in drei Punkte gliedern:

- Anwendung der Übung
- Durchführung der Übung (Instruktion, Übungsverlauf)
- Persönliche Erlebnisse aus der Übung (Widerstände gegen die Übung, Wirkung von Therapeuteninterventionen)

Der erste Schritt zu routiniertem Umgehen mit Übungen scheint uns ein praktisches Erleben der Übung. Dies kann in der Rolle des Probeklienten oder des übenden Therapeuten geschehen. Es muß bezweifelt werden, daß ohne solche Erfahrungen die Übung sinnvoll angewendet werden kann.

In unserem Training verfahren wir so, daß diejenigen Teilnehmer, die die Rolle der Klienten übernahmen, sich vorher nicht mit der Übung beschäftigen, um sich anschließend auf die Therapeuteninstruktion beziehen zu können.

Jeder Auszubildende sollte jede vorgesehene Übung mindestens einmal selbst als Therapeut oder zumindest in der Klienten-Rolle durchführen.

Da die Kommunikationsübungen hauptsächlich den Klienten-Zielbereichen zugeordnet waren und außerdem schon ein gewisses Repertoire an Verhaltensweisen voraussetzten, wurden sie schwerpunktmäßig im Anschluß an die einzelnen Therapeutenverhaltensweisen (von der dritten Woche an) trainiert. So konnte bald eine Integration der Kommunikationsübungen in die Rollenspiele erfolgen.

Problemzentrierte Selbsterfahrung:

Wir machen problemzentrierte Selbsterfahrung zum Gegenstand, da es uns nicht um Selbsterfahrung an sich geht, sondern um Selbsterfahrung des Therapeuten in der Beschäftigung mit seiner zukünftigen Aufgabe in der Partnertherapie.

Die Gründe für Selbsterfahrung werden nicht immer deutlich genannt, jedoch gilt für alle verschiedenen Ausbildungen:

- Der Therapeut lernt eigene Einstellungen, Verhaltensweisen und Eigenschaften im Umgang mit anderen kennen.
- Selbsterfahrung fördert beim Therapeuten Verständnis für das, was er später vom Klienten verlangt (die Bereitschaft, sich vor anderen offen mit sich selbst auseinanderzusetzen).

Weiter sind aus der Gruppendynamik ableitbar:

- Selbsterfahrung fördert eine persönliche Betroffenheit und damit persönliches Engagement der Teilnehmer.
- Mit Selbsterfahrung in der Gruppe verbundene Lernprozesse verbessern die Möglichkeit der fachlichen Zusammenarbeit.

Die Ziele der Selbsterfahrung leiteten wir aus der konkreten therapeutischen Arbeit ab, auf die sich die Teilnehmer vorbereiteten:

- Auseinandersetzung der zukünftigen Partnertherapeuten mit ihrem eigenen Verhalten in Ehe und Partnerschaft
- Aufbau modellhaften Kommunikationsverhaltens
- Sensibilisierung für Kommunikationsabläufe.

Obwohl sich dieser Zielkatalog beliebig erweitern ließe, sahen wir eine Beschränkung als notwendig an (SADER et al., 1976). Diese drei Ziele stellten für uns eine angemessene Eingrenzung dar und waren in der vorgesehenen Zeit angebar.

Damit die Selbsterfahrung nicht auf einer individuellen Ebene der Beziehungsklärung oder Problembewältigung einzelner Mitglieder steht, fordern die Trainingsziele eine weitgehende Vorstrukturierung. Es kam darauf an, gezielte Übungen einzusetzen. Bei der Verwirklichung dieser Ziele hat daher der Trainer eine Schlüsselstellung. Da sich in unserem Ausbildungskonzept die Gruppen der Ausbilder und Auszubildenden durch die Rolle der Tutoren in besonderer Weise überschneidet, einigten wir uns darauf, mit einem fremden Trainer zu arbeiten.*

Wir entschlossen uns, in Relation zur gesamten Dauer der übrigen Ausbildung einen Wochenendblock für Selbsterfahrung als Klausurtagung durchzuführen. Damit wurde eine zeitliche und räumliche Trennung von den übrigen Ausbildungselementen vorgenommen. Die Tagung fand nach der ersten Trainingswoche statt.

*

Herrn Dipl.-Psych. Werner Theis danke ich herzlich für seine engagierte Mitarbeit an dem Selbsterfahrungswochenende.

3.2. Ergebnisse der Veränderungen des Therapeutenverhaltens

Als Ergebnis des Therapeutentrainings soll deutlich werden, ob in Gesprächspsychotherapie ausgebildete Therapeuten nach diesem Training verstärkt hilfreiches Therapeutenverhalten im Sinne unseres Therapiekonzepts zeigen.

Um Aussagen über die Effekte des Trainings zu machen, haben wir anhand eines Fragebogens subjektive Einschätzungen der Therapeuten erhoben und durch einen Gesprächstest verbales Therapeutenverhalten vor und nach der Ausbildung gemessen.

3.2.1. Subjektive Einschätzung der Therapeuten

Im Anschluß an das Training wurde den Therapeuten ein Nachbefragungsbogen vorgelegt, der fünf Fragen zur subjektiven Einschätzung des Therapeutentrainings enthielt.

Wenn es auch nicht möglich ist, mit diesem selbstkonstruierten Fragebogen einen konkreten Trainingserfolg zu messen, so können damit doch einige Erfahrungen der Therapeuten festgehalten werden, die Aufschluß über das abgelaufene Training und Anhaltspunkte zur Durchführung ähnlicher Ausbildungen geben können.

Unser Ausbildungsziel, die Therapeuten mit einem integrativen Konzept vertraut zu machen, impliziert, daß die Therapeuten während des Trainings möglichst intensive praktische Erfahrungen machen konnten, daß sie an Flexibilität, an Sicherheit im Umgang mit den Methoden sowie an Sicherheit der gesamten Situation der Partnertherapie gegenüber gewinnen (vgl. BIRTSCH, 1980). Deshalb halten wir die subjektiven Aussagen der Therapeuten zu diesen Aspekten für wesentlich.

Die fünf Fragen lauteten:

1. Wieviel hat Ihnen persönlich die Teilnahme am Training gebracht?
2. a) Wie stark hat das erlernte Konzept Ihr persönliches Therapiekonzept geprägt?
b) Wie sehr sind Sie mit sich zufrieden, was das Erlernen des Partnertherapiekonzepts betrifft?
c) In welchem Ausmaß trauen Sie sich zu, eine Partnertherapie nach dem erlernten Konzept durchzuführen?
3. a) Welche Trainingseinheit fanden Sie am konstruktivsten:
Theorie / Rollenspiel / Microteaching / Kommunikationsübungen / Selbsterfahrung?
b) In welchem Ausmaß fanden Sie die persönlichen Erfahrungen als Klient im Rollenspiel wesentlich?
4. a) Ich habe Hemmungen über das gesprächspsychotherapeutische Konzept im engeren Sinne hinauszugehen.
b) Am leichtesten fällt es mir, die Variable VEE/META/ORG/ÜBUNGEN einzusetzen.
c) Am schwersten fällt es mir, die Variable VEE/META/ORG/ÜBUNGEN einzusetzen.
5. Abgesehen von den oben genannten Fragen möchte ich zum Therapeutentraining folgendes bemerken/möchte ich folgendes kritisieren:

Die Fragen wurden mit 5-stufigen Antwortskalen beantwortet. Die Ergebnisse sind im Anhang, S.81 einzeln aufgeführt und lassen sich wie folgt zusammenfassen:

(Wir beziehen uns hierbei auf die Mittelwerte der gesamten Therapeutenäußerungen)

- Die Teilnahme am Training hat den Therapeuten persönlich im Durchschnitt "viel" bis "sehr viel" gebracht.
- Das erlernte Konzept hat das persönliche Therapiekonzept der Therapeuten "ziemlich stark" geprägt; was das Erlernen des Therapiekonzepts betrifft, sind sie eher "mäßig zufrieden" bis "recht zufrieden"; sie trauen sich jedoch "in starkem Maße" zu, eine Partnertherapie durchzuführen.
- Am konstruktivsten fanden die Therapeuten die Trainingseinheiten "Rollenspiel" und "Selbsterfahrung". Die persönlichen Erfahrungen als Klient im Rollenspiel fanden sie als "sehr wesentlich".
- Die Hemmungen, über das orthodoxe Gesprächspsychotherapiekonzept hinaus zu gehen, sind als "gering" zu bezeichnen. Am leichtesten fällt es den Therapeuten deutlich, die Variable "VEE" und "Orga" einzusetzen; am schwersten fällt ihnen die Variable "Meta".
- Die Antworten zur Frage 5 beinhalten Verbesserungsvorschläge zur Zusammenarbeit und stärkerem Erfahrungsaustausch der beiden Großgruppen. Dies kam für die Teilnehmer im Training zu kurz. Einige Therapeuten wünschten sich eine systematischere Erarbeitung der Theorie zu Beginn des Trainings. Besonders günstig wurde von einigen Therapeuten die Arbeit mit den Probeklienten empfunden. Sie plädierten zum Teil auch für den Einsatz von Probeklienten zu einem früheren Trainingszeitpunkt.

Die Antworten der Therapeuten weisen auf einen positiven Trainingseffekt bezüglich Sicherheit der Therapeuten, starkes Zutrauen eine Partnertherapie durchführen zu können sowie persönliche Weiterentwicklung hin.

Wir gehen aus den o. g. Gründen davon aus, daß sich diese Faktoren konstruktiv auf die Durchführung der Therapien auswirken und sehen hiermit eine gute Voraussetzung der Therapeuten für die Behandlung der Paare gegeben.

3.2.2. Fremdeinschätzung des Therapeutenverhaltens

In den Vorher-Nachher-Vergleich gingen die in Kapitel I.B. beschriebenen Therapeutenvariablen "Verbalisierung emotionaler Erlebnisinhalte", "Metakommunikation" und "Organisierung" ein. Der Gesprächstest vor und nach dem Training dauerte je 90 Minuten, entsprechend der Dauer einer Therapiesitzung. Die Therapeutenpaare waren im Vortest zufällig zusammengesetzt, im Nachtest arbeiteten jeweils die Therapeuten zusammen, die auch die anschließenden Therapien gemeinsam durchführen wollten.

Als Meßinstrumente wurden die in Kapitel III näher erläuterten Skalen benutzt (S.167). Von zwei Ratergruppen á fünf Ratern wurden jeweils 15-minütige Tonbandausschnitte aus dem zweiten Drittel des Gesprächs (codiert, in zufälliger Reihenfolge dargeboten) eingeschätzt.

Zur Überprüfung des Therapeutenverhaltens wurde an statistischen Verfahren der WILCOXON-TEST (CLAUS/EBNER, 1972) herangezogen (Reliabilitäten, s.S. 174).

Zur Quantität der Therapeutenäußerungen

Entsprechend dem Ziel des Trainings, daß die Therapeuten neben Verbalisierung emotionaler Erlebnisinhalte die Variablen Metakommunikation und Organisierung einsetzen, stellen wir bezüglich der Häufigkeit der Therapeutenäußerungen folgende Hypothese auf:

Hypothese 1: Nach dem Training wird die Anzahl der Äußerungen, die Verbalisierung emotionaler Erlebnisinhalte enthalten, geringer, während Metakommunikation und Organisierung in ihrer Häufigkeit zunehmen.

Tab. 1a: Relativer Anteil der Äußerungen zu einer Skala an der Gesamtzahl der Äußerungen (einschließlich doppelter Zuordnungen); WILCOXON-TEST, zweiseitig

	Vortest	Nachtest	sign. (α)
VEE	69 %	55,5 %	5 %
META	12 %	14,5 %	-
ORGA	44,5 %	55 %	2 %

Der Anteil an VEE vermindert sich, während Organisierung zunimmt. Beide Ergebnisse sind signifikant. Die Häufigkeit von Metakommunikation hingegen zeigt keine signifikante Steigerung.

Zur Qualität der Therapeutenäußerungen

Im Hinblick auf das durchschnittliche Skalenniveau der Therapeutenvariablen formulieren wir die Hypothesen:

Hypothese 2: Die Therapeuten erreichen nach dem Training in allen drei Variablen höhere Skalenstufen als vor dem Training.

Tab.1b: Vergleich der im Vortest und Nachtest erreichten Skalenstufen der Therapeutenvariablen; die Skalen sind 5-stufig (Stufe 0-4); Mittelwerte (M) und Streuungen (s); WILCOXON-TEST, zweiseitige Testung

	Vortest		Nachtest		sign. (α)
	M	s	M	s	
VEE	3.05	0.19	3.24	0.09	-
META	1.44	0.23	2.30	0.13	1 %
ORGA	1.17	0.37	2.45	0.11	0,5 %

Die Hypothese, daß die Therapeuten nach dem Training höhere Skalenstufen als vor dem Training erreichen, kann für die Variable Metakommunikation und Organisation bestätigt werden. Bei VEE läßt sich die Zunahme des durchschnittlichen Skalenniveaus nicht statistisch sichern.

Dies entspricht den Zielen des Trainings, in dem die Therapeuten, bereits in Gesprächspsychotherapie ausgebildet, lernen sollten, Metakommunikation und Organisation mit VEE zusammen zu einem Gesamtkonzept zu verknüpfen.

Zusammenfassend zeigt die Fremdeinschätzung des Therapeutenverhaltens eine Zunahme in der Häufigkeit von VEE und Organisation, sowie eine Zunahme des durchschnittlichen Skalenwertes bei Metakommunikation und Organisation. Wir können somit von einem positiven Trainingseffekt bezüglich der Realisierung dieser Therapeutenvariablen sprechen.

3.3. Konsequenzen

Die Ergebnisse zeigen, daß wir das Training, sowohl von den subjektiven Erfahrungen der Therapeuten her als auch von den 'objektiv' eingeschätzten Veränderungen des Therapeutenverhaltens her, als effektiv betrachten können.

Da sich im Laufe des Trainings jedoch eine Reihe von Schwierigkeiten ergaben, wollen wir aus unseren Erfahrungen im folgenden einige Konsequenzen für weitere Trainings dieser Art zusammenstellen.

Die Aufteilung in Kleingruppen war arbeitstechnisch günstig und notwendig. Jedoch hatten sich in unserem Fall untereinander homogene, im Vergleich aber recht unterschiedliche Gruppen gebildet, so daß sich in der einen Gruppe die Teilnehmer mit mehr Erfahrungen in Gesprächspsychotherapie befanden, während in der anderen Gruppe die Studenten auch verhaltenstherapeutisch ausgebildet waren. Außerdem mußten wir in Anbetracht der durchzuführenden Therapien mit größeren Gruppen arbeiten, als es an sich günstig ist.

Insgesamt waren die beiden Trainingsgruppen zu stark voneinander isoliert, da relativ wenige Plena stattfanden. Hier wäre ein anfänglicher Wechsel der Gruppenmitglieder ratsam und eventuell ein Routieren der Trainer, was durchgängig beibehalten werden könnte. In der didaktischen Konzeption wurde gefordert, therapeutische Voraussetzungen der Teilnehmer mit einzubeziehen. Folglich waren die Teilnehmer entsprechend ausgewählt. Aus unserer Erfahrung läßt sich aber schließen, daß dieses Prinzip viel spezifischer beachtet werden muß. Schon die relativ geringen Voraussetzungsunterschiede in den beiden Trainingsgruppen führten zum Teil zu verschiedenen Arbeitsweisen.

Zur Dauer und Intensität: Die Teilnehmer waren durch unsere Ausbildung zeitlich sehr belastet, zumal sich die letzten drei Trainingswochen mit dem Semesterbeginn überschnitten. Die Testgespräche sowie mehrere Plenumsdiskussionen waren außerdem in der vorgeplanten Zeit noch nicht enthalten. Der zeitliche Rahmen sollte vom Umfang her nicht unterschritten werden, da sich die einzelnen Therapeutenvariablen gewissermaßen im Verhalten der Therapeuten einprägen müssen. Unserer Meinung nach war der Zeitraum von 8 Wochen durchaus notwendig, um einen Kompromiß aus persönlichem Therapiestil und den vom Konzept her geforderten Verhaltensweisen entwickeln zu können. Bei einer noch kürzeren Ausbildungszeit bestünde die Gefahr, daß entweder das eine oder das andere Verhalten zu stark in den Vordergrund geraten würde. Zusätzlich ist zu bemerken, daß unsere Ausbildung vermutlich zu kurz gewesen wäre, wenn die anschließenden Therapien nicht durch eine intensive, konzeptorientierte Supervision begleitet worden wären.

Zu den Methoden:

Rollenspiele: Wegen der großen zeitlichen Belastung bei längeren Rollenspielen sollten diese z. B. besser aufgezeichnet und nur von einem Ausbilder und einem weiteren Gruppenmitglied mitbeobachtet und für die gemeinsame Besprechung vorstrukturiert werden, indem z. B. Stichproben aus den wichtigsten Teilen zusammengestellt werden. Die Arbeit mit Probeklienten erwies sich hier als besonders günstig. Sie war entlastend und auflockernd für die Trainingsteilnehmer, weil sie auf diese Weise weniger stark selbst im Rollenspiel eingespannt waren und weil das Training dadurch sehr realitätsnah wurde.

Als günstig erwies sich auch die Methode, beim Einstudieren einer neuen Variable nach dem theoretischen Teil mit Micro-Counseling zu beginnen, und dann langsam zu längeren Einheiten überzugehen.

Eine Art Programm, das in systematischer Reihenfolge kleine Spielsequenzen zum Aufbau der geforderten Therapeutenvariable anbietet, wäre hier sehr hilfreich gewesen.

Selbsterfahrung:

In einem weiteren Training wäre es wichtig, die Teilnehmer genau über die Inhalte und Zielsetzungen des Selbsterfahrungs-Wochenendes zu informieren und Einzelheiten mit ihnen gemeinsam vorzuplanen. Die Erfahrungen der Teilnehmer mit ähnlichen Veranstaltungen müßten mit einbezogen werden.

4. SPEZIFISCHE ANGABEN ZUR THERAPIEPHASE

4.1. Beschreibung der Klienten und Therapeutenpopulation

4.1.1. Klientenpopulation

Mit 26 Paaren wurden Therapien durchgeführt.

Die Therapien wurden insgesamt mit 32 Paaren begonnen, wovon 6 Paare die Therapie vorzeitig abbrachen, und zwar nach der 2., 6. und 8. Sitzung.

Bei der Beschreibung der Klienten-Population gehen nur die 26 Paare mit ein, mit denen die gesamte Therapie durchgeführt wurde.

Die Population der Klienten setzt sich zusammen aus einigen Paaren der Warteliste von Beratungsstellen aus Münster, sowie aus Anmeldungen, die auf einen Zeitungsartikel hin erfolgten.

Auswahlkriterien für die Klientenpaare:

Die Therapie ist konzipiert für Paare, die eine feste Beziehung zueinander haben, unabhängig davon, ob sie verheiratet sind oder nicht, ob sie homo- oder heterosexuell sind. Ausschlaggebend ist, daß sie ernsthaft daran interessiert sind, ihre Kommunikation zu verbessern.

Entsprechend diesen Vorstellungen und gemäß dem Gesprächspsychotherapie-Konzept bestimmten wir keine speziellen inhaltlichen Probleme als Kriterien für die Teilnahme an der Therapie.

Einschränkende Bedingungen waren lediglich:

- Die Klienten sollten an keiner anderen Therapie teilnehmen.
Dies schien uns notwendig, um die Effekte zu überprüfen und evtl. Schwierigkeiten zu vermeiden, die durch gleichzeitige Teilnahme an verschiedenen Konzepten entstehen können.
- Die Klienten mußten ihr Einverständnis mit dem Informations-Blatt geben, in dem die wichtigsten Bedingungen, wie Tonbandaufnahme, immer zu zweit kommen sowie die Art der Therapie kurz umrissen wurde (s. Anhang, S.25).
- Vor Beginn der Therapie wurde mit allen Klienten ein "Vertrag" abgeschlossen (Einverständnis mit den äußeren Bedingungen, Tests etc. (s. Anhang, S. 30)).

Beschreibung

Die Erfassung der Klientenpopulation bezüglich Alter, Beruf, Familienstand, Dauer der Beziehung und Anzahl der Kinder ist in folgender Aufstellung wiedergegeben:

Alter:

20 - 25 Jahre	:	13 Personen
26 - 30 Jahre	:	18 Personen
31 - 40 Jahre	:	16 Personen
41 - 60 Jahre	:	6 Personen

Berufe:

kaufmännische bzw.		Studenten:	13
Verwaltungsberufe:	5	soziale Berufe:	4
Akademiker:	19	technische Berufe:	1
Hausfrauen:	6	Selbständige:	0
Handwerker/Facharbeiter:	3	Schüler:	1

verheiratet:

18 Paare

nicht verheiratet:

8 Paare

Dauer der Beziehung:

1/2 bis 1 Jahr	:	0 Paare	6 bis 10 Jahre:	6 Paare
1 bis 2 Jahre:	2	"	10 Jahre und mehr:	5 "
2 bis 3 Jahre:	4	"		
3 bis 4 Jahre:	2	"		
4 bis 5 Jahre:	5	"		
5 bis 6 Jahre:	2	"		

Anzahl der Kinder:

0 Kinder	=	16 Paare
1 Kind	=	5 Paare
2 Kinder	=	4 Paare
3 Kinder	=	0 Paare
4 Kinder	=	1 Paar

Bei einem Paar handelte es sich um gleichgeschlechtliche Partner.

4.1.2. Therapeutenpopulation

Die Population der Therapeuten setzte sich aus den 24 Teilnehmern am Therapeutentraining zusammen (vgl. S. 132), die entweder eine oder mehrere Therapien durchführten. Die meisten Therapeutenpaare führten zwei Therapien durch.

Bei der Verteilung der Klienten auf die Therapeuten mußten wir vor allem den terminlichen Faktor berücksichtigen. Ansonsten wurde auch auf weitere Bedingungen einer günstigen Zusammensetzung der Klienten - und Therapeutenpaare geschtet, wie z.B. Alter, Erfahrung, Belastbarkeit der Therapeuten, u.ä.

4.2. Ablauf der Therapien

Anzahl und Dauer der Kontakte:

Um eine einheitliche, vergleichbare Zahl der Kontakte untersuchen zu können, hatten wir die Therapie auf 12 Sitzungen begrenzt. Diese Zahl scheint uns aufgrund neuerer 'Trends' als angemessen (SELVINI PALAZZOLI et al. 1977). Bei zwei Paaren wurde auf dringenden Wunsch der Klienten die Therapie noch weitergeführt (4 bzw. 12 Kontakte).

Die einzelnen Sitzungen dauerten jeweils 90 Minuten. Eine Zeitspanne, die wir für eine Partner-Therapie-Sitzung, bei der 4 Personen teilnehmen, als geeignet ansehen.

Ort und Zeit:

Die Therapien fanden in den Räumen des Psychologischen Instituts der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster statt und zwar abends, da es sich bei den meisten Paaren um Berufstätige handelte. Die gesamte Therapiezeit erstreckte sich von Anfang Oktober bis März 1977.

Problematik:

Bei der Durchführung der Therapien ergaben sich einige Schwierigkeiten, die z. T. terminlich-organisatorischer Art waren, z. T. inhaltlich mit dem Konzept zusammenhängen.

Die inhaltlichen Probleme entstanden aus den Schwierigkeiten mancher Therapeuten bei der Einhaltung des Konzepts. So wollte z. B. ein Therapeutenpaar ein Verhaltenstherapie-Programm mit Hausaufgaben und ständiger Kontrolle durchführen, was jedoch aufgrund

der Vergleichbarkeit nicht in die Untersuchung mit aufgenommen werden konnte.

Bei mehreren Paaren ergab sich der Wunsch nach Einzelkontakten zwischendurch. Diese wurden nicht durchgeführt, weil dies wegen der vergleichbaren Bedingungen der Paare hätte einheitlich geplant werden müssen, um Störvariablen zu vermeiden. Da unser Konzept jedoch auf die Kommunikation beider Klienten miteinander angelegt ist, zogen wir es vor, jeweils mit beiden Klienten zusammen zu arbeiten. Es ist jedoch zu überlegen, ob es in einigen Fällen nicht doch günstig ist, diesem Wunsch der Klienten nachzugeben.

Wegen der Weihnachtsferien mußte eine 14tägige Pause eingeschaltet werden. Diese Bedingung einer 14tägigen Zwischenpause wurde konstant gehalten, auch bei denjenigen Paaren, die erst später mit der Therapie begonnen hatten. Außerdem mußte oft wegen Krankheit o.ä. eine Sitzung verlegt werden, so daß die gesamte Therapiezeit für ein Klienten-Paar sich meist länger hinzog als die geplanten drei Monate.

4.3. Supervision der Therapeuten

Jedes Therapeutenpaar nahm während der Zeit der Therapie durchführung einmal wöchentlich an einer Supervisionssitzung teil, die in Klientengruppen zu 4 bis 6 Therapeuten und einem Tutor durchgeführt wurde. (Es bestanden insgesamt fünf Supervisionsgruppen, die während der ganzen Therapiezeit konstant blieben).

Der Tutor, Mitglied der Projektgruppe (vgl. S. 130) hatte zur Aufgabe:

- als 'Außenstehender' neue Aspekte in die Therapiebesprechung mit einzubringen, um das Spektrum der Rückmeldungen zu erweitern,
- für die Einhaltung des Therapiekonzepts innerhalb einer Supervisionsgruppe zu sorgen,
- Informationen über den Verlauf seiner Gruppe oder auftauchende Probleme in die Projektarbeitsgruppe einzubringen, in der durch Informationsaustausch über alle Supervisionsgruppen eine einheitliche Betreuung möglichst gewährleistet werden sollte.

Die Aufgaben der Supervisionsgruppen waren:

- o Berichten über Verlauf und Problematik der laufenden Therapien
- o Abhören von Tonbandausschnitten im Hinblick auf!
 - die Verwirklichung der Therapeutenvariablen laut Konzept,
 - die jeweils verstärkt anzustrebenden Zielbereiche der Klienten,
 - den Schwerpunkt für die nächste Sitzung.

Nach Besprechung der Tonbandstichprobe wurden jeweils für den einzelnen Therapeuten oder für das Therapeutenpaar weitere Lernziele festgelegt und Verhaltensvorschläge gemacht.

Teil III

ÜBERPRÜFUNG

1. MEßINSTRUMENTE

Entsprechend den Überlegungen zum Untersuchungsplan (S.120 ff) setzen wir bei der Erfolgs- und Prozeßkontrollen sowohl Verfahren zur Selbsteinschätzung (Fragebogen) als auch Verfahren zur Fremdeinschätzung (Rating) ein.

Zum Zeitpunkt der Untersuchung stehen im deutschsprachigen Raum einige wenige Fragebogen auf dem Gebiet der Partnertherapie zur Verfügung. Unsere Auswahl beschränkt sich daher auf den bisher in der Partnertherapie wohl gebräuchlichsten Fragebogen von STUART/STUART (1973), auf den Fragebogen von MANDEL et al. (1975) der sich ebenfalls am Stuart-Fragebogen orientiert und auf den BEZIEHUNGSFRAGEBOGEN von BERLIN (1975), der in Zusammenhang mit einem Kommunikationstraining erstellt wurde. Zur Ergänzung legen wir den Klienten zusätzlich selbst konstruierte Fragebogen vor.

Erst in neuerer Zeit stehen weitere spezifische Instrumente zur Verfügung, die vor allem aus der verhaltenstherapeutischen Diagnostik stammen (HAHLWEG et al., 1979).

SCHOLZ (1978) stellt neben umfangreichen Explorationsmethoden auch Fragebogen vor, die es ermöglichen, spezielle Aspekte der Interaktion zwischen Partnern diagnostisch zu erfassen.

Von den neueren Instrumenten ist hauptsächlich der 'Fragebogen zur Kommunikation in der Partnerschaft' (KIP) zu nennen, der von ZIMMER et al. (1978) mit dem Ziel entwickelt wurde, die kommunikativen Fähigkeiten in der Partnerschaft zu messen. Anhand von 22 Items sollen vorherrschende Reaktionstendenzen auf vorgegebene Situationsreize eingeschätzt werden. Die Items sind vier Inhaltsbereichen zugeordnet: Haushalt und Pflichten, Freizeit, Verhalten gegenüber Freunden und Bekannten und allgemeine Konfliktbewältigung.

Bezüglich der Beobachtungsinstrumente zur Fremdeinschätzung in der Partnertherapie fordert der neu entwickelte gruppenbezogene Ansatz auch neuartige diagnostische Untersuchungsverfahren, die den Systemcharakter entsprechend berücksichtigen (SCHOLZ, 1978). Eine direkte Umsetzung system- und kommunikationstheoretischer Beobachtungsmethoden wurde bisher jedoch, auch in der Familientherapie, nicht geleistet. Fundierte Versuche, die Kommunikationsforschung diagnostisch auf familiäre Abläufe anzuwenden, liegen in der gewünschten Genauigkeit nicht vor (JANKOWSKI, 1977)

Das von WATZLAWICK (1966) entwickelte 'Standardisierte Familieninterview' (SFI) bietet zwar eine Möglichkeit, bestimmte Systemeigenschaften eines Familiensystems und auch zum Teil einer Partnerschaft deutlich zu machen, jedoch ist hiermit keine systematische und nachvollziehbare Methode zur Interaktionsanalyse gegeben. Das SFI kann Anhaltspunkte für die therapeutischen Interventionen liefern, ist jedoch zur Veränderungsmessung ungeeignet.

SCHNEIDER-DÜKER et al. (1980) berichten über die Verwertbarkeit des SFI, das aus fünf Aufgaben besteht, die die Familie in ca. 45 Min. gestellt bekommt. Sie halten es als zusätzliches Instrument in einem ausgedehnten diagnostischen Prozeß als sinnvoll, jedoch nicht als einziges und erstes Instrument, wie ursprünglich von WATZLAWICK (1966) vorgeschlagen.

In der Verhaltenstherapie sind bisher zur Kategorisierung von Verhaltensausschnitten mehrere Kodierungssysteme im Rahmen der Partnertherapie erprobt worden. Das wohl bekannteste System zur Kategorisierung von Interaktionsabläufen in Klientengruppen, die 'Interaction Process Analysis' (IPA) von BALES (1950), scheint nach den von HAHLOWEG et al. (1979) geschilderten Erfahrungen damit für den Bereich der Partnertherapie kaum geeignet.

In Ermangelung der geeigneten Beobachtungsinstrumente wurden daher für die vorliegende Untersuchung Ratingskalen modifiziert bzw. neu entwickelt, um Veränderungen im Kommunikationsverhalten möglichst exakt erfassen zu können.

1.1. Fragebogen

Um Daten über die Selbsteinschätzung der Klienten zu erhalten, legten wir in den Testsitzungen folgende Meßinstrumente vor:

- Partnerschaftsfragebogen (vgl. MANDEL et al. 1975; BERLIN, 1975)
- FPI (FAHRENBURG/SELG, 1970)
- Kommunikationsfragebogen
- Nachbefragungsbogen
- Fragebogen zum Follow-up

Die Fragebogen wurden zum Teil übernommen, modifiziert, oder von uns entwickelt

Partnerschaftsfragebogen

Der Partnerschaftsfragebogen soll zusätzlich zu methodisch strengerem Meßverfahren (z.B. Rating, FPI) eingesetzt werden, um Informationen über die Partnerschaft zu erfassen, die nicht durch Fremdbeobachtung gewonnen werden können. Er soll die Einschätzung beider Partner bezüglich ihrer Beziehung erfassen.

Im Vordergrund dieses Fragebogens stehen Probleme in der Partnerschaft und inhaltliche Veränderungswünsche an den Partner, außerdem eine globale Einschätzung der Beziehung. Er soll Veränderungstendenzen nach Abschluß der Therapie in den vorher angegebenen Problembereichen und in Bezug auf die geäußerten Veränderungswünsche und der Einschätzung der Beziehung deutlich machen.

Der Partnerschaftsfragebogen besteht z. T. aus offenen, z. T. aus geschlossenen Fragen. Als Grundlage bei der Erstellung dienten die Fragebogen von MANDEL et al. (1975), STUART / STUART (1973) und der Beziehungsfragen von BERLIN (1975).

Die offenen Fragen sollen zum Nachdenken über sich und den Partner anregen und Aufschluß geben über die Konkretheit der Erwartungen und Verhaltenswünsche an den Partner. Durch die offenen Fragen soll erreicht werden, daß die Klienten so konkret und selbstexplorativ wie möglich antworten.

Die Items aus dem Beziehungsfragebogen wurden so umformuliert, daß sie eindimensional sind und keine Wiederholungen vorkommen.

FPI Das Freiburger Persönlichkeitsinventar

Um intraindividuelle Veränderungen in wesentlichen Persönlichkeitsdimensionen zu erfassen, verwenden wir den FPI, der nach Meinung seiner Autoren besonders für Probanden in Beratung, Therapie- und Forschungssituation geeignet ist.

Ein weiterer Grund für die Durchführung dieses Tests ist, daß der FPI einer der gebräuchlichsten Verfahren in der Erfolgsforschung darstellt und daher die Möglichkeit bietet, unsere Therapieergebnisse zumindest auf der Grundlage dieses Tests mit den Resultaten der Erfolgskontrolle anderer Forschungsprojekte auf diesem Gebiet zu vergleichen.

Mit den Items dieses Fragebogens werden neun Eigenschaftsdimensionen erfaßt, die sich vor allem auf Befinden, Verhalten, Einstellungen, Gewohnheiten und körperliche Beschwerden beziehen. Unseren Klienten wurden jeweils die Halbformen des FPI mit 114 Items vorgelegt. Seine Anwendung zur Veränderungsmessung wird nahegelegt durch Ergebnisse aus dem Bereich der Therapieforschung.

Entsprechend der Aussagekraft von persönlichkeitsdiagnostischen Verfahren müssen jedoch die Testergebnisse grundsätzlich mit Vorsicht als Indikatoren für einen Therapieerfolg herangezogen werden.

Der Kommunikationsfragebogen

Da es uns darauf ankam, neben der Fremdeinschätzung der Kommunikation durch die Rater auch eine Selbsteinschätzung der Klienten über ihre eigene Kommunikation zu erhalten, haben wir diesen Fragebogen entwickelt. Der Klient wird darin aufgefordert, zunächst ein Urteil über sein eigenes Kommunikationsverhalten abzugeben, dann über das seines Partners, so wie er es wahrnimmt.

Die Formulierung der Items erfolgte mit dem Ziel, Klientenaussagen zu erhalten über:

- ein Kommunikationsverhalten, das unseren Zielvariablen entspricht
- Eigenarten des Kommunikationsverhaltens, die uns wichtig erscheinen, für deren Einschätzung wir aber keine speziellen Skalen entwickelt haben
- Die Einstellung zum Partner, die sich in einer bestimmten Form der Kommunikationsbereitschaft ausdrückt.

Die Antwortmöglichkeiten in diesem Fragebogen sind 5-stufig.

Neben der diagnostischen Bedeutung kommt dem Kommunikationsfragebogen wahrscheinlich auch eine therapeutische Funktion zu, indem er die Klienten für die angesprochenen Bereiche ihrer gemeinschaftlichen Kommunikation sensibilisiert.

Nachbefragungsbogen

Mit dem Nachbefragungsbogen wollten wir sowohl Veränderungen erfassen, die sich aufgrund der Therapie bei den Klienten einstellen als auch Angaben darüber erhalten, was sie sich im Verlauf der Therapie anders gewünscht hätten.

Er teilt sich in drei Abschnitte.

Im ersten Teil wird der Klient nach Veränderungen gefragt, die sich in der Beziehung zum Partner, im eigenen Verhalten gegenüber Dritten und in sonstigen Bereichen für ihn ergeben haben.

Im zweiten Teil soll er angeben, was er sich in bezug auf die Therapie anders gewünscht hätte.

Im dritten Teil finden sich 5-stufig einzuschätzende Items, die in Anlehnung an den Kommunikationsfragebogen formuliert wurden. Diese Aussagen beziehen sich hier jedoch auf einen Vergleich der Kommunikation vor und nach der Therapie in der Form "... im Vergleich zu Beginn der Therapie kann ich jetzt besser ..."

Problematisch für die Auswertung ist hier der Differenzwert, der bei den Fragen angegeben wird (im zweiten Teil), da mangelndes Wissen über den Ausgangswert mit einkalkuliert werden muß. Hat ein Klient z. B. vor der Therapie schon häufig beim Partner nachgefragt, um besser zu verstehen, was dieser ausdrücken will, wird er möglicherweise dieses Nachfragen nach der Therapie nicht häufiger zeigen (können), erreicht aber bei unserer Auswertung numerisch den gleichen Wert wie jemand, dem das Nachfragen vor und nach der Therapie gleich schwer fällt.

Fragebogen zum Follow-up

Dieser Fragebogen, der bei der Follow-up-Sitzung noch zusätzlich zu den anderen Meßinstrumenten gegeben wird, enthält Items, die sich auf Veränderungen in der Zeit nach der Therapie beziehen.

1.2. Ratingskalen

Die Klientenziele in unserem Konzept sind, wie in Kap.I B. dargestellt, eingeteilt in übergreifende Ziele und in spezielle Ziele. Bei den Therapeutenvariablen entspricht hier die Einteilung in Verhaltensweisen, die durchgängig realisiert werden sollen, und in spezielle Verhaltensweisen.

Für die speziellen Klienten-Ziele und für die speziellen Therapeutenverhaltensweisen, über die konkrete Aussagen gemacht werden sollen bezüglich ihrer Veränderung, haben wir Skalen entwickelt. Die durchgängigen Merkmale werden von uns nicht erfaßt (vgl. S. 57).

Entwicklung:

Das Hauptproblem bei der Erstellung der Skalen war es, den Kommunikationsprozeß möglichst umfassend und dennoch möglichst objektiv zu messen. Nach ersten Erprobungen mit Skalen mußten wir die Bandbreite dessen, was wir von einem Merkmal erfassen wollten, stark reduzieren, um einigermaßen objektive Einschätzungen zu erhalten.

Wünschenswert wäre es z. B. gewesen, den interaktionellen Aspekt der Kommunikation beider Klienten und auch zwischen Klienten und Therapeuten mitzuerfassen. Dies ist jedoch beim derzeitigen Stand der Skalierungsmöglichkeiten nicht zu leisten.

Die ersten Fassungen der Klientenskalen sind in der Arbeit von HARDT (1977) zu finden, die Therapeutenskalen bei REIMANN (1978). Nach ersten Erfahrungen mit den Skalen wurden diese anschließend noch einmal, mit Berücksichtigung der Verbesserungsvorschläge, überarbeitet, Praktikanten zum Rating vorgelegt und überprüft, bis sie in der jetzigen Form eingeschätzt werden konnten.

Beschreibung:

Insgesamt haben wir 8 Skalen zum Einschätzen herangezogen:

5 Klienten-Skalen: "SE" "WÜ" "VEE" "N/K" "META"

3 Therapeuten-Skalen: "VEE" "ORGA" "META"

Die beiden Skalen "VEE" und "META" sind bei den Klienten und Therapeuten gleich (vgl. die Entwicklung der Zielbereiche, S. 68 ff. und S. 87 ff.).

Wir haben uns bei der Variable "SE" der Klienten und bei der Variable "VEE" bei den Klienten und Therapeuten auf die Skalen von TAUSCH (1975) bezogen und sie in modifizierter Form benutzt.

Für die Variablen "WÜ" "NK" "META" und "ORGA" haben wir uns elaborierte Skalen entwickelt.

Die elaborierten Skalen weisen folgende Merkmale (nach LANGER / SCHULZ v. THUN, 1974) auf:

- eine Merkmalsbeschreibung,
- eine inhaltsbezogene Handhabungsvorschrift für die Skalenstufen,
- und eine Verankerung der Skalenstufen durch Beispiele.

Die Skalen werden unter dem Gesichtspunkt der Vergleichbarkeit alle in derselben Form aufgebaut, und zwar 5-stufig. Stufe 0 und Stufe 4 der jeweiligen Skala sind die extremen Ausprägungsgrade des jeweiligen Merkmals. Die einzelnen Skalenstufen werden operationalisiert; zusätzlich sind den Zahlen verbale Bezeichnungen zugeordnet. Vom Gesichtspunkt der Vergleichbarkeit der Skalen untereinander aus und von der Annahme ausgehend, daß das Merkmal jeweils von 0 zu einem Maximum variiert, werden sie unipolar gewählt. Das jeweilige Merkmal mit seinen Ausprägungsgraden wird definiert, wobei der

Unterschied zwischen den einzelnen Stufen gleich groß ist (Intervallniveau wird daher angenommen).

Die Skalen wurden in folgender Form den Ratern zugänglich gemacht:

Bemerkungen zur Ableitung der Skala, die Skala selbst, Beispiele und Erläuterungen (die einzelnen Skalen: s. Anhang, S. 31 - 69).

2. DATENGEWINNUNG

2.1. Testung

Die Erfolgsmessung umfaßte einen Vortest, einen Nachtest und eine Follow-up-Erhebung. Zwischen den einzelnen Testsitzungen lag jeweils ein Zeitraum von drei Monaten.

Bei der Follow-up-Erhebung mußte abgewogen werden zwischen dem Anspruch, möglichst viel Zeit nach der Therapie verstreichen zu lassen und der Möglichkeit, die Klientenpaare noch 'greifbar' und genügend motiviert zum Testen zu haben. 12 Wochen therapiefreie Zeit wurde daher als angemessener Kompromiß gesehen, der gleiche Zeitraum, der zwischen Vortest und Nachtest liegt.

Mit jeder Testsitzung waren jeweils zwei Testleiter beschäftigt, Mitglieder der Projektgruppe. Die einheitlichen Instruktionen wurden den Testleitern vorher schriftlich gegeben und ausführlich mit ihnen besprochen, um eine einheitliche Anweisung gewährleistet zu haben.

Bei den Erhebungen vor und nach der Therapie wurden jeweils 5 bis 6 Klienten-Paare zur gleichen Zeit getestet; jedes Klienten-Paar hatte einen Raum für sich. Die Nachtest- und Follow-up-Sitzungen mußten mit jedem Paar einzeln durchgeführt werden, da sich hierbei große Schwierigkeiten der terminlichen Koordination ergaben.

Die Testsitzungen fanden in der Beratungsstelle des Psychologischen Instituts statt.

Der Ablauf der Testsitzungen gestaltete sich folgendermaßen:

Als erstes wurden den Klienten die Fragebogen vorgelegt (vgl. Anhang S.), deren Beantwortung ca. zwei bis drei Stunden dauerte. Anschließend fand der "Kommunikationstest" statt:

Auf eine Karteikarte sollte jeder Klient drei Problem-bereiche schreiben, über die er mit dem Partner zur Zeit schlecht reden kann. Die beiden Partner wurden anschließend aufgefordert, die Karteikarten auszutauschen, sich auf einen der genannten Themenbereiche zu einigen und eine halbe Stunde darüber zu reden. Die Gespräche fanden ohne Anwesenheit von Therapeuten statt und wurden auf Tonband aufgezeichnet.

2.2. Rating (Kontrolle des Therapieverlaufs)

Auswahl der Tonbandausschnitte, die eingeschätzt werden

Es wurden alle 12 Therapiesitzungen von jedem Paar auf Tonband aufgezeichnet. Da durch den unterschiedlichen Ablauf der Sitzungen keine inhaltlichen Kriterien festgelegt werden konnten, schienen Zeitstichproben zur Auswahl geeignet. Um eine möglichst differenzierte Verlaufsanalyse des Klienten- und Therapeutenverhaltens vorzunehmen, haben wir insgesamt 5 Stichproben des Therapieverlaufs entnommen; aus dem zweiten, vierten, sechsten, neunten und elften Kontakt. Den ersten und letzten Kontakt ließen wir - wie üblich - wegen des besonderen Charakters unberücksichtigt.

Nach Einbeziehung von Überlegungen aus anderen Untersuchungen (TAUSCH, 1975) sowie der Erfahrung beim Abhören einiger Bänder erachteten wir eine 15-minütige Stichprobe als ausreichend und bezüglich der Konzentration beim Einschätzen noch zumutbar. Die Zeitstichproben entnahmen wir jeweils aus der Mitte der Therapiesitzungen, um die Besonderheiten von Anfang

und Ende eines Gesprächs möglichst auszuschalten (die 45. - 60. Minute aus jedem Kontakt).

Die ausgewählten Stichproben wurden in zufälliger Reihenfolge und codiert auf ein Tonband überspielt. Aus den Testsitzungen bei der Vor-, Nach- und Follow-up-Untersuchung, die jeweils 30 Minuten dauerte, wurden ebenfalls 15 Minuten aus der Mitte entnommen. Somit lagen insgesamt zur Einschätzung vor:

- 130 Ausschnitte aus den Therapiekontakten,
- 78 Ausschnitte aus den Testsitzungen

Es hatten insgesamt 30 Rater mitgearbeitet, die in 6 Gruppen zu je 5 Ratern eingeteilt waren. Alle Rater waren Psychologie-Studenten der WWU (Praktikanten).

Das Ratertraining, das jeder neuen Skala vorgeschaltet war, dauerte ca. 1 bis 2 Tage. Ein intensives Training erwies sich in unserem Fall als notwendig, um repräsentative Einschätzungen zu erhalten, da das Skalenmaterial sehr umfangreich war.

Das Training beinhaltete (nach LANGER/SCHULZ V.THUN,1974)

- allgemeine Orientierung
- Diskriminationstraining
- Schriftlicher Test
- Arbeit mit Tonbandmaterial.

Die Durchführung des Ratings betrug für jede Ratergruppe insgesamt 4 bis 6 Wochen in der Zeit von Februar 1978 bis April 1978, da täglich wegen der erforderlichen hohen Konzentration nicht länger als einige Stunden eingeschätzt werden konnte.

Die Tonbandstichproben von den Testsitzungen und von den Therapiekontakten wurden jeweils in unterschiedlichen Ratergruppen bearbeitet, da auf den Testausschnitten nur Klienten-Verhalten, auf den Therapiekontakten Klienten- und Therapeuten-Verhalten einzuschätzen waren.

Nach einem Zeitraum von 6 Wochen fand ein Re-Rating statt, wobei ein Teil der Stichprobe (30 Ausschnitte von den gleichen Ratern) noch einmal eingeschätzt wurden.

3. VERFAHREN ZUR VERARBEITUNG DER EMPIRISCHEN DATEN

3.1. Statistische Überprüfung der Daten aus den Fremd- beurteilungen

Um die Daten, die anhand der Tonbandeinschätzungen gewonnen wurden, weiter verwenden zu können, müssen sie auf ihre Zuverlässigkeit hin überprüft werden. Ihre Reliabilität haben wir anhand der EBEL-Koeffizienten (vgl. GUILFORD, 1954, S. 359 ff) berechnet, sowohl die Reliabilität aller Rater (r_a). Um zu überprüfen, inwieweit die Beurteilungen über einen längeren Zeitraum konstant bleiben, errechneten wir die Retest-Reliabilität (r_{re}) mit Hilfe der Produkt-Moment-Korrelation.

In Übereinstimmung mit anderen Untersuchungen sehen wir einen EBEL-Koeffizienten von .60 als ausreichend hoch, einen Koeffizienten von .80 als sehr hoch an (TSCHULIN, 1972). Bei der Retestreliabilität betrachten wir einen Koeffizienten von .50 als gerade noch ausreichend (TAUSCH, 1975).

Tabelle 2a : Reliabilitäten der Therapeuten-
variablen

r_a = Reliabilität aller Rater nach EBEL
 r_e Reliabilität eines Raters nach EBEL
 r_{re} Retestreliabilität, errechnet durch
Produkt-Moment-Korrelation

Therapeutenvariablen	r_a	r_e	r_{re}
Verbalisierung	.89	.69	.61
Organisierung	.90	.70	.87
Metakommunikation	.95	.85	.82

Tabelle 2b : Reliabilität der Klientenvariablen

r_a = Reliabilität aller Rater nach EBEL
 r_e = Reliabilität eines Raters nach EBEL
 r_{re} = Retestreliabilität, errechnet durch Produkt-Moment-Korrelation

Klientenvariablen	Reliabil. nach EBEL r_a	r_e	Retestreliab. r_{re}
<u>Selbstexploration</u>			
Vortest	.96	.81	.91
Therapie	.96	.85	.93
Nachtest	.97	.85	.91
Follow-up	.94	.83	.89
<u>Wünsche Äußern</u>			
Vortest	.97	.91	.85
Therapie	.95	.82	.73
Nachtest	.98	.93	.85
Follow-up	.95	.85	.79
<u>Verbalisierung emotionaler Erlebnisinhalte</u>			
Vortest	.87	.52	.63
Therapie	.95	.82	.64
Nachtest	.88	.55	.63
Follow-up	.89	.73	.63
<u>Nachfragen/Klären</u>			
Vortest	.75	.90	.81
Therapie	.94	.80	.64
Nachtest	.83	.94	.81
Follow-up	.85	.94	.80
<u>Metakommunikation</u>			
Vortest	.79	.56	.80
Therapie	.95	.83	.70
Nachtest	.89	.74	.80
Follow-up	.90	.88	.82

Wie aus der Tabelle ersichtlich, liegt die Reliabilität nach EBEL für alle Variablen zwischen .69 und .96 und kann damit als hoch bis sehr hoch angesehen werden. Die Retestreliabilität liegt ebenfalls deutlich über dem von TAUSCH (1975) geforderten Mindestwert von .50, nämlich zwischen .61 und .93.

Auffallend ist, daß die Variable "Verbalisierung emotionaler Erlebnisinhalte" sowohl bei den Therapeuten als auch bei den Klienten die niedrigsten Werte aufweist.

Die Werte erfüllen zwar noch die geforderten Kriterien, jedoch scheint dieser Unterschied zu den anderen Variablen erwähnenswert, da es sich bei "Verbalisierung emotionaler Erlebnisinhalte" gerade um eine allgemein sehr bekannte Therapeutenverhaltensweise handelt.

So ist es z. B. denkbar, daß die Rater gerade bei dieser Variable sich bereits eine eigene Vorstellung angeeignet haben, da sie evtl. über Vorwissen verfügen und es von daher schwierig war, zu einer übereinstimmenden Beurteilung zu kommen. Andererseits könnten Schwierigkeiten bei der Handhabung der Skala "Verbalisierung emotionaler Erlebnisinhalte", die sich durch die hohe Komplexität des Merkmals bei den Ratern gezeigt haben, diese Ergebnisse mit beeinflussen.

Insgesamt können wir anhand der dargestellten Ergebnisse davon ausgehen, daß die Zuverlässigkeit der Daten ausreichend gewährleistet ist und die Daten weiterverwendet werden können.

3.2. Statistische Methoden

Hier sollen kurz die wichtigsten Methoden genannt werden, die wir in unserer Untersuchung für die statistische Auswertung herangezogen haben.

Entsprechend den unterschiedlichen Meßinstrumenten liegen verschiedene Arten von Daten vor.

a) Ratingdaten

Zur Überprüfung der Mittelwertsdifferenzen der einzelnen Erhebungszeitpunkte ziehen wir den t-Test für abhängige Stichproben heran; die für den t-Test notwendige Homogenität der Variablen wurde mit dem F-Test nach der Formel von FERGUSON geprüft (CLAUSS / EBNER, 1972, S. 221). Die Berechnung der Unterschiede zwischen den einzelnen Variablen wird mit dem t-Test für unabhängige Stichproben vorgenommen.

b) Fragebogendaten

Für die Überprüfung auf signifikante Unterschiede zwischen Vortest, Nachtest und Follow-up im FPI wurde der t-Test für abhängige Stichproben verwendet.

Die übrigen Fragebogen wurden mit parameterfreien Verfahren ausgewertet, da für diese Daten keine Normalverteilung angenommen werden kann.

- Die Überprüfung von Differenzen zwischen zwei abhängigen Stichproben fand mit dem WILCOXON-Test für Paardifferenzen statt (CLAUSS/EBNER, 1972).
- für den Gruppenvergleich unabhängiger Stichproben (geschlechts- und altersspezifische Untergruppen) wurde der U-Test von MANN / WHITNEY angewandt (SIEGEL, 1956)

Übersicht über die vorliegenden Daten

Da im nachfolgenden Kapitel unterschiedliche Daten vorliegen, die jedoch im Rahmen dieser begrenzten Arbeit nicht alle gleichermaßen ausgeschöpft werden können, sei hier vorab kurz auf das Datenmaterial, dessen Bearbeitung und schwerpunktmäßige Auswertung hingewiesen:

- Es liegen uns Daten aus der Fremdeinschätzung des Kommunikationsverhaltens vor (Rating), hierbei handelt es sich um:

Kommunikationsverhalten der Therapeuten in den Therapiekontakten

Kommunikationsverhalten der Klienten in den Therapiekontakten

Kommunikationsverhalten der Klienten in den Gesprächen im Vortest, Nachtest und der Follow-up Erhebung

- Die Selbsteinschätzung durch die Klienten setzt sich aus Fragebogendaten von Vortest, Nachtest und der Follow-up-Erhebung zusammen. Wir unterscheiden hier:

Quantitative Aussagen, die prüfstatistisch ausgewertet wurden und

Qualitative Aussagen, die deskriptiv statistisch ausgewertet werden.

Wir legen unseren Schwerpunkt auf die differenzierte Auswertung der Fragebogendaten. Hier interessieren uns neben den quantitativen Daten auch die qualitativen Daten, obwohl diese den statistischen Ansprüchen im strengen Sinne nicht genügen. Da unsere Arbeit als Erkundungsstudie zu verstehen ist und wir bisher auf diesem Gebiet wenig empirisch gesicherte Anhaltspunkte haben, versprechen wir uns von subjektiven Aussagen mit weniger statistischem Anspruch dennoch sinnvolle Hinweise auf weitere Untersuchungsansätze.

4. HYPOTHESEN

Bisherige Studien auf dem Gebiet der Partnertherapie und vor allem die Erfahrungen in der Praxis weisen darauf hin, daß die Bemühungen zur Integration verschiedener Behandlungsmethoden auf diesem Gebiet unerläßlich sind (vgl. MANDEL, 1979; WITTE, 1979; PAVEL, 1978). Die orthodoxen Therapieschulen weisen deutlich Einseitigkeiten und Mängel auf, die bei der Übertragung auf Partnertherapie besonders deutlich werden. Daher gilt es als ein Anliegen dieser Arbeit, Richtlinien für die Integration von Therapiemethoden in der Praxis zu finden.

In dieser Untersuchung stellen wir uns die Frage, ob ein spezielles integratives Konzept für Partnertherapie, das bei der Verbesserung dyadischer Interaktion ansetzt, in der Praxis durchführbar ist und das gewünschte Ziel, eine Verbesserung der Beziehung zwischen den Klienten, erreicht werden kann.

Diese Untersuchung ist als Erkundungsstudie aufzufassen mit dem Versuch, eine spezielle Möglichkeit von integrativer Partnertherapie mit bestimmten, eingegrenzten Zielen systematisch zu untersuchen. Sie liefert daher einen ganz spezifischen Beitrag anhand eines Beispiels zur Integration. Da in dieser Untersuchung aus verschiedenen Gründen keine Kontrollgruppe herangezogen wurde (vgl. S.124 ff.) wollen wir eine möglichst umfassende Aussage über die untersuchten Klienten-Paare gewinnen, indem wir mehrere Erhebungszeitpunkte sowie eine umfassende Analyse auf der Verhaltens- und Erlebensebene vornehmen.

Aufgrund der oben dargestellten Überlegungen interessieren uns an dieser Arbeit vor allem vier Untersuchungsfragen (vgl. S.118f.), die hier noch einmal genannt werden sollen:

1. Läßt sich ein derartiges integratives Konzept in der Praxis verwirklichen?
2. Verbessert sich die Beziehung der Klienten?
3. Verbessert sich das Kommunikationsverhalten der Klienten?
4. Bleiben die Veränderungen der Klienten über einen Zeitraum von drei Monaten stabil?

Im folgenden werden diese Fragestellungen konkretisiert und in Form von Hypothesen untersucht. Die erste Hypothese betrifft, entsprechend den oben genannten Fragestellungen das Verhalten der Therapeuten, Hypothese 2 bis 4 befaßt sich mit den Veränderungen bei den Klienten.

<u>Hypothese 1:</u>	Die Therapeuten realisieren die dem Konzept entsprechenden Variablen "Verbalisierung emotionaler Erlebnisinhalte", "Metakommunikation" und "Organisierung" konstant über den gesamten Therapiezeitraum.
---------------------	---

Meßinstrumente und statistische Überprüfung:	Von unabhängigen Beurteilern werden Tonbandstichproben anhand der Skalen für die Therapeutenvariablen eingeschätzt. Es werden Verlaufsanalysen anhand des t-Tests vorgenommen, um Mittelwertsdifferenzen zu vergleichen.
--	---

Begründung:

Auf dem Hintergrund theoretischer und methodischer Überlegungen haben wir ein integratives Konzept zur Partnertherapie entwickelt. "Integrativ" bedeutet hier, daß wir eine Methode als Grundlage wählen, in unserem Fall die Gesprächspsychotherapie und diese

mit differentiellen Vorgehensweisen erweitern, die auf spezielle Klientenziele hin ausgerichtet sind. Diese Erweiterung besteht darin, daß wir Vorgehensweisen aus der Verhaltenstherapie und der Kommunikationstherapie mit einbeziehen, die z. B. als gesonderte Variablen z. T. durch Verschmelzung mehrerer Aspekte zu einer neuen Variablen, in unser Konzept eingehen.

Unsere Annahme, daß ein Ineinanderflechten von kommunikationstherapeutischen und verhaltenstherapeutischen Elementen auf der Basis der Gesprächspsychotherapie möglich ist, sehen wir durch einige empirische Hinweise (ZIMMER et al. 1977; WENDT, 1979; MANDEL, 1979) berechtigt.

Die Möglichkeit zu diesem integrativen Vorgehen sehen wir auch dadurch gegeben, daß die Gesprächspsychotherapie-Variablen allgemein als therapeutische Grundvariablen verstanden werden können, auf denen sich weiteres, differentielles Verhalten aufbauen läßt (MINSEL, 1979). Uns interessiert daher in dieser Untersuchung, ob eine derartige Integration, aus den theoretischen und methodischen Überlegungen abgeleitet, in der Praxis durchführbar ist bzw. ob die Therapeuten die aufgestellten Variablen realisieren können.

Hypothese 2: Das Erleben der Beziehung und die Selbsteinschätzung der Klienten ist nach der Therapie positiver als vor der Therapie.

Das bedeutet im Einzelnen:

Hypothese 2.1.: Die nach der Therapie von den Klienten vorgenommenen Einschätzungen unterscheiden sich von den Einschätzungen vor der Therapie

- im Sinne einer stärkeren Zufriedenheit mit der Beziehung
- bezüglich der Art und des Ausmaßes

von Problemen in der Partnerschaft

Meßinstrument: Partnerschaftsfragebogen
Statistische Überprüfung: Berechnung von signifikanten Veränderungen der Antwortverteilung auf den 5-stufigen Itemskalen anhand des WILCOXON-TESTS.

Hypothese 2.2.: Die durch den FPI erfaßten Persönlichkeitsmerkmale weisen nach der Therapie positive Veränderungen auf.

Meßinstrument: FPI
Statistische Überprüfung: Vergleich der standardisierten Antwortdifferenzen von Vortest und Nachtest anhand des t-Tests.

Hypothese 2.3.: Die Klienten zeigen nach der Therapie positive Veränderungen im Erleben der Beziehung und in ihrer Selbsteinschätzung.

Meßinstrument: Nachbefragungsbogen

Begründung:

Mit der Durchführung des Therapiekonzepts, das bei der Verbesserung der Kommunikation der Klienten ansetzt, werden Veränderungen auf der Erlebens- und Verhaltens-ebene erwartet. Das integrative Therapiekonzept beinhaltet Methoden, die nachweisbar auf der Erlebnisebene wirksam sind. So ist es z. B. ein erklärtes Ziel der Gesprächspsychotherapie, Veränderungen in der Selbsteinschätzung der Klienten, im persönlichen Befinden, in der Erlebnisfähigkeit zu bewirken (TAUSCH, 1975).

Hiermit wäre auch die Frage beantwortet, ob sich durch ein therapeutisches Vorgehen, das schwerpunktmäßig bei der Verbesserung der Kommunikation der Klienten ansetzt, die gesamte Beziehung der Klienten verbessert.

Da wir jedoch die Verbesserung der sogenannten 'gesamten Beziehung' nicht überprüfen können, ziehen wir den subjektiven Eindruck der Klienten über diese Veränderung heran. Das bedeutet also, daß wir zur Beantwortung dieser Frage vom veränderten Erleben der Beziehung durch die Klienten ausgehen.

Hypothese 3: Das Kommunikationsverhalten der Klienten verbessert sich zwischen dem Vor- und Nachtest sowie im Verlauf der Therapie

Das bedeutet im Einzelnen:

Hypothese 3.1.: Die Klienten schätzen ihre Kommunikation nach der Therapie so ein, daß sie neues, bzw. besseres Kommunikationsverhalten im Sinne der angestrebten Zielbereiche dazugelernt haben.

Meßinstrument: Kommunikationsfragebogen und Nachbefragungsbogen

Statistische Überprüfung: Vergleich der standardisierten Antwortdifferenzen von Vor- und Nachtest anhand des U-Tests von MANN/WHITNEY für die Daten des Kommunikationsfragebogens; Häufigkeitsvergleich der Antworten im Nachbefragungsbogen.

Hypothese 3.2.:

Die Klientenvariablen "Selbstexploration", "Wünsche-Äußern", "Verbalisierung", "Nachfragen/Klären" und "Metakommunikation" werden nach der Therapie häufiger und mit höherer Qualität verwirklicht als im Testgespräch vor der Therapie.

Meßinstrumente
und statistische
Überprüfung:

Von unabhängigen Beurteilern werden Tonbandstichproben anhand der Skalen für die Klientenvariablen eingeschätzt.

Anhand des t-Tests werden Mittelwertsdifferenzen verglichen

Hypothese 3.3.:

Die Klientenvariablen "Selbstexploration", "Wünsche Äußern", "Verbalisierung", "Nachfragen/Klären" und "Metakommunikation" werden im Verlauf der Therapie qualitativ ansteigend verwirklicht.

Meßinstrumente
und statistische
Überprüfung:

Analog zu Hypothese 3.2.

Begründung:

Da wir mit den ausgewählten therapeutischen Methoden direkt beim Kommunikationsverhalten der Klienten ansetzen, erwarten wir aufgrund der Durchführung dieser integrativen Partnertherapie auch Veränderungen in der konkreten Kommunikation der Klienten. Hinweise aus bisherigen Untersuchungen sowie theoretischen Überlegungen geben uns Anlaß zu der Annahme, daß die eingesetzte therapeutische Methode diese Klientenverhaltensweisen fördern können. So sind z. B. Veränderungen im Kommunikationsverhalten zu erwarten durch den Einsatz von "Übungen", die den Klienten die Chance geben, direkt in der Therapiesituation neues Verhalten

auszuprobieren (vgl. ZIMMER et al., 1977; HAHLOWEG et al. 1979). Die Therapeutenvariable Verbalisierung emotionaler Erlebnisinhalte kann erwiesenermaßen mit einem Anstieg der Klientenvariable Selbstexploration einhergehen. (TAUSCH, 1975; MINSEL, 1974; BOMMERT, 1978).

Die Annahme, daß das Kommunikationsverhalten nach der Therapie verbessert ist und im Verlauf der Therapie ansteigt, ist dennoch problematisch, da die Veränderung sich nicht unbedingt in einem derartig gradlinigen Verlauf zeigen muß, sondern noch andere Wirkungsmodelle vorstellbar sind. So ist z. B. nicht ausgeschlossen, daß eine Verbesserung der Kommunikation als Spätwirkung eintritt und erst einige Zeit nach Beendigung der Therapie evident wird; oder daß eine Verbesserung des Verhaltens lediglich zu Beginn der Therapie sichtbar ist. Dennoch schließen wir uns mit unserer Fragestellung dem üblichen Wirkungsmodell an, da bisher keine alternativen erprobten Modelle zur Verfügung stehen.

Hypothese 4: Die Veränderungen der Klienten zeigen sich über einen Zeitraum von drei Monaten nach Beendigung der Therapie stabil

Das bedeutet im Einzelnen:

Hypothese 4.1.: Die subjektiven Einschätzungen der Klienten zeigen sich über einen Zeitraum von drei Monaten nach der Therapie stabil

Meßinstrumente: PARTNERSCHAFTSFRAGEBOGEN; KOMMUNIKATIONSFRAGEBOGEN; FOLLOW-UP-FRAGEbogen

Hypothese 4.2.:

Die Veränderungen im Kommunikationsverhalten der Klienten - eingeschätzt durch Fremdbeurteilung - bleiben über einen Zeitraum von drei Monaten nach Beendigung der Therapie stabil.

Meßinstrumente:

Ratingskalen

Statistische
Überprüfung:

Anhand des t-Tests werden Mittelwertsdifferenzen verglichen

TEIL IV:

DARSTELLUNG UND INTERPRETATION DER ERGEBNISSE

1. THERAPEUTENVARIABLEN

Durch die Prüfung der ersten Hypothese soll festgestellt werden, ob sich das integrative Therapiekonzept mit den entwickelten Variablen in einem Maße realisieren ließ, das wir für notwendig erachten, um bei den Klienten Veränderungsprozesse herbeizuführen.

Während wir uns bei den Variablen "Verbalisierung emotionaler Erlebnisinhalte", "Metakommunikation", und "Organisierung" auf die im Rating gewonnenen Daten beziehen, können wir bei der Auswertung der Variable "ÜBUNGEN" nur deskriptiv vorgehen; sie wird daher in Punkt 1.3. gesondert behandelt.

1.1. Die Therapeutenvariablen "Verbalisierung emotionaler Erlebnisinhalte", "Organisierung" und "Metakommunikation"

Im folgenden wird der Anteil der einzelnen Variablen bei der Realisierung des Konzepts beschrieben.

In unserem integrativen Konzept ist nicht gefordert, daß der Therapeut eine bestimmte Variable (wie z. B. Verbalisierung emotionaler Erlebnisinhalte) durchgehend verwirklicht, sondern es stehen ihm mehrere alternative Variablen zur Verfügung. Der Anteil einer Variablen im Gesamtkonzept ist daher unter zwei Aspekten zu betrachten: wie häufig eine Variable auftritt und welchen durchschnittlichen Skalenwert die einer Variablen zugeordneten Äußerungen aufweisen.

In unserem Konzept ist es wesentlich, die Häufigkeit der einzelnen Variablen unabhängig von der qualitativen

ven Ausprägung zu erfassen, da bei der vorliegenden Art der Integration nicht mit einer gleichmäßigen Häufigkeitsverteilung der einzelnen Therapeutenvariablen zu rechnen ist. Die Therapeutenvariablen stehen von der Konzeption her nicht gleichrangig nebeneinander, da das Schwergewicht auf dem klientenzentrierten Vorgehen liegt, in das die Elemente der Kommunikationstherapie und der Verhaltenstherapie integriert sind. Die Variablen beinhalten unterschiedlichen Strukturierungsgrad und greifen mit unterschiedlicher Intention ins Gespräch ein. Die Variable "Metakommunikation" z. B. liegt auf einer anderen Ebene des Gesprächs als "Verbalisierung emotionaler Erlebnisinhalte" und kann in einer in unserem Sinne konzipierten Therapie nicht ebenso häufig eingesetzt werden wie Verbalisierung emotionaler Erlebnisinhalte, da ein Reden "über" die Kommunikation ganz andere Voraussetzungen und therapeutische Wirkungen hat (vgl. S.90 ff.). Wir berücksichtigen somit bei der Überprüfung der Therapeutenverhaltensweisen sowohl den quantitativen als auch den qualitativen Aspekt.

Bei der Beurteilung hatten die Rater jede einzelne Äußerung einzuschätzen.

1.1.1. Realisierung der Variablen während des gesamten Therapiezeitraums

Häufigkeiten der Therapeutenvariablen

Der quantitative Anteil der Variablen in bezug auf die insgesamt eingeschätzten Äußerungen zeigt folgendes Bild:

Tab. 3: Durchschnittliche Anzahl der Äußerungen, die einer Variablen zugeordnet wurden (für alle Therapeuten und die gesamte Therapie zusammengefaßt).

	Mittelwerte	Streuungen	Prozente
Insgesamt eingeschätzte Äußerungen	20.62	6.96	-
Verbalisierung emotionaler Erlebnisinhalte	8.23	4.40	39.91 % *
Organisierung	8.72	5.19	42.28 %
Metakommunikation	3.80	2.18	18.42 %

Laut Tabelle 3 können wir sagen, daß für die gesamte Therapiedauer die Variablen "Verbalisierung emotionaler Erlebnisinhalte" mit 40 % und "Organisierung" mit 42 % relativ häufig eingesetzt wurden, der quantitative Anteil von "Metakommunikation" mit 18 % jedoch eher gering ist.

Skalenniveau der Therapeutenvariablen

Bei der Überprüfung des qualitativen Aspekts der Therapeutenvariablen ergibt sich die Frage nach einem Kriterium, mit dessen Hilfe wir entscheiden, ob die Variablen in 'ausreichendem' Maße angewendet wurden. Da wir keine Anhaltspunkte aus bisherigen Untersuchungen mit diesen Skalen haben, gehen wir bei der Bestimmung des Kriteriums von der Überlegung aus, welches Mindestausmaß an "Verbalisierung emotionaler Erlebnisinhalte", "Metakommunikation" und "Organisierung" wir für notwendig erachten, um bei den Klienten eine konstruktive Veränderung im Sinne unserer Therapieziele hervorzurufen.

* Die Prozentzahlen werden im folgenden auf- bzw. abgerundet wiedergegeben.

Wir orientieren uns hierbei inhaltlich an der Definition der Skalenstufen.

Wenn wir die Frage nach dem notwendigen Mindestausmaß für konstruktive Veränderungen beim Klienten auf die einzelnen Variablen übertragen, so können wir, z.B. für die Variable "Verbalisierung emotionaler Erlebnisinhalte" festhalten, daß für eine effektive Therapie von den Therapeuten auf jeden Fall zu erwarten ist, daß sie nicht alle wesentlichen Erlebnisinhalte des Klienten übersehen, da dies den Klienten nicht im angestrebten Sinne weiterführen würde. Andererseits ist es nicht notwendig, daß die Therapeuten immer alle wesentlichen Erlebnisinhalte des Klienten vollständig aufgreifen. Das Aufgerufen von mindestens einem Teil der wesentlichen Gefühle scheint notwendig, um den Klienten zur Reflexion anzuregen. Dies wäre demnach auch als das Mindestausmaß für konstruktives Eingreifen zu sehen.

Inhaltlich ist diese Stufendefinition etwa vergleichbar mit den Stufen 6 bis 8 der zwölfstufigen VEE-Skala nach TAUSCH (1975). Untersuchungen mit dieser Skala zeigen, daß bereits mit einem Therapeutenverhalten ab Stufe 5 konstruktive Veränderungen beim Klienten einhergehen (TAUSCH, 1975).

Sosollten die Therapeuten bei der Realisierung unseres Konzepts mindestens "einen Teil der wesentlichen Gefühle des Klienten" verbalisieren, mindestens "einigermaßen verhaltensnah" metakommunizieren und mindestens "einigermaßen präzise" organisieren. Dies entspricht einer Skalenstufe von 2.00.

Wir setzen somit als Kriterium, daß die Therapeutenvariablen mit einer durchschnittlichen Skalenstufe von mindestens 2.00 (auf einer Skala von "0" bis "4") eingeschätzt werden müssen, um von einer angemessenen Verwirklichung der Variablen für unser Therapiekonzept sprechen zu können.

Ein Mittelwert, der ein durchschnittliches Skalenniveau

von 2.00 nicht erreicht, würde also bedeuten, daß diese Variable nur in Ansätzen realisiert wird und wir somit nicht von einer ausreichenden Verwirklichung dieser Therapeutenverhaltensweise sprechen können.

Bezüglich der Skalenstufen ergeben sich folgende Mittelwerte:

Tab. 4: Mittelwerte (M) und Streuungen (s) des Skalenniveaus der Therapeutenvariablen (für die gesamte Therapie zusammengefaßt). Die Skalen sind 5-stufig (Stufe 0-4)

Verbalisierung emotionaler Erlebnisinhalte		Organisierung		Metakommunikation	
M	s	M	s	M	s
3.10	0.43	2.25	0.90	2.24	0.71

Wie Tabelle 4 zeigt, wird mit der Variable Verbalisierung emotionaler Erlebnisinhalte "der überwiegende Teil der wesentlichen Erlebnisinhalte des Klienten" aufgegriffen. Hingegen wurde nur "einigermaßen präzise" organisiert und "einigermaßen verhaltensnah" metakommuniziert.

Die Mittelwerte erfüllen das Kriterium einer Skalenstufe von mindestens 2.00. Wir können somit von einer ausreichenden Realisierung der Variablen für unser Konzept sprechen.

Zusammenfassend kann der Anteil der einzelnen Variablen im Gesamtkonzept folgendermaßen beschrieben werden:

- Verbalisierung emotionaler Erlebnisinhalte wird mit einer Häufigkeit von 40 % und einem durchschnittlichen Skalenwert von 3.10 eingesetzt.
- Die Häufigkeit von METAKOMMUNIKATION beträgt 18 %, wobei das durchschnittliche Skalenniveau bei 2.24

liegt.

- Die Variable ORGANISIERUNG nimmt 42 % der insgesamt eingeschätzten Äußerungen ein; das durchschnittliche Skalenniveau beträgt 2.25.

1.1.2. Verlaufsanalysen über die einzelnen Therapiekontakte

Um der Fragestellung nachzugehen, ob sich die Realisierung der Variablen im Laufe der Therapie verändert, wollen wir den Verlauf von Häufigkeit und durchschnittlichem Skalenniveau über einzelne Therapiekontakte überprüfen.

- a) Bezüglich der Häufigkeiten ergibt sich folgendes Bild:

Tab. 5: Mittelwerte (M) und Streuungen (s) der Häufigkeiten der Therapeutenvariablen;

Zeitpunkte	Verbalisierung emotionaler Erlebnisinhalte		Metakommunikation		Organisierung	
	M	s	M	s	M	s
2. Kontakt	8.87	4.01	3.38	1.60	7.00	2.37
4. Kontakt	7.89	4.72	4.65	2.35	10.10	5.71
6. Kontakt	9.01	5.15	4.65	2.45	8.88	3.78
8. Kontakt	7.71	3.62	3.59	2.17	8.27	4.03
11. Kontakt	8.17	4.71	3.75	2.02	8.50	3.96

Um zu überprüfen, ob sich die Mittelwerte in den einzelnen Kontakten signifikant voneinander unterscheiden, überprüfen wir die Mittelwertsdifferenzen mit dem t-Test.

Tab. 6 : Überprüfung der Mittelwertsdifferenzen der Häufigkeiten der Therapeutenvariablen anhand des t-Tests; zweiseitige Testung

Therapie- kontakt	Verbalisierung emo- tionaler Erlebnis- inhalte		Metakommunikation		Organisierung	
	t-Wert	sign.	t-Wert	sign.	t-Wert	sign.
2/4	0.63	-	1.78	-	2.08	-
2/6	0.08	-	1.94	-	1.78	-
2/8	0.18	-	0.34	-	1.12	-
2/11	0.43	-	0.83	-	1.34	-
4/6	1.12	-	0.04	-	1.07	-
4/8	0.26	-	1.07	-	1.60	-
4/11	0.24	-	0.92	-	1.23	-
6/8	1.24	-	1.02	-	0.38	-
6/11	0.48	-	0.98	-	0.08	-
8/11	0.33	-	0.11	-	0.57	-

Laut Tabelle 6 läßt sich kein bedeutsamer Unterschied der Häufigkeit in den einzelnen Therapiekontakten feststellen. Das bedeutet, daß wir von einer gleichmäßigen Realisierung jeder Variablen über den gesamten Therapiezeitraum ausgehen können.

Die drei Variablen VERBALISIERUNG EMOTIONALER ERLEBNISINHALTE, METAKOMMUNIKATION und ORGANISIERUNG werden also insgesamt gesehen (im Vergleich der Variablen untereinander) sehr unterschiedlich häufig realisiert, innerhalb der einzelnen Variablen kann jedoch von einer konstanten Verwirklichung während der einzelnen Therapiestadien gesprochen werden

- b) Das durchschnittliche Skalenniveau der Variablen weist in den einzelnen Therapiekontakten folgende Werte auf:

Tab. 7: Mittelwerte (M) des Skalenniveaus und Streuungen (s) pro Variable für jeden Therapiekontakt. Die Skalen sind 5-stufig (Stufe 0-4).

	Verbalisierung emotionaler Erlebnisinhalte		emo- Metakommunikation		Organisierung	
Zeitpunkt	M	s	M	s	M	s
2. Kontakt	3.20	0.48	2.50	0.75	2.28	0.92
4. Kontakt	3.04	0.46	2.34	0.76	2.31	0.96
6. Kontakt	3.19	0.49	2.07	0.74	2.14	0.86
8. Kontakt	2.92	0.42	2.17	0.71	2.19	0.89
11. Kontakt	2.96	0.41	2.34	0.69	2.37	0.93

Um festzustellen, ob sich das durchschnittliche Skalenniveau bei den einzelnen Zeitpunkten der Therapie signifikant unterscheidet, haben wir die in Tabelle 8 dargestellten Mittelwerte auf signifikante Unterschiede hin überprüft.

Tab. 8: Überprüfung von Mittelwertsdifferenzen der
Therapeutenvariablen anhand des t-Test;
zweiseitige Testung.

Therapie- kontakt	Verbalisierung emotionaler Er- lebnisinhalte		Metakommunikation		Organisierung	
	t-Wert	sign.	t-Wert	sign.	t-Wert	sign.
2/4	0.75	-	0.73	-	0.09	-
2/6	0.07	-	1.80	-	0.61	-
2/8	1.40	-	1.23	-	0.37	-
2/11	1.30	-	0.70	-	0.39	-
4/6	0.68	-	1.37	-	0.89	-
4/8	0.51	-	0.85	-	0.57	-
4/11	0.36	-	0.04	-	0.22	-
6/8	1.33	-	0.45	-	0.18	-
6/11	0.59	-	1.35	-	1.29	-
8/11	0.15	-	0.84	-	0.90	-

Die Ergebnisse zeigen, daß keine signifikanten Unterschiede bezüglich der einzelnen Zeitpunkte festzustellen sind.

Das bedeutet, daß wir auch hinsichtlich des Skalenniveaus von einer konstanten Verwirklichung der Variablen in den verschiedenen Therapiezeitpunkten ausgehen können.

Zusammenfassend können wir zu den drei Therapeutenvariablen "Verbalisierung emotionaler Erlebnisinhalte", "Organisierung" und "Metakommunikation" sagen:

Realisierung während des gesamten Therapiezeitraums:

. Die quantitativen Anteile betragen für "Verbalisierung emotionaler Erlebnisinhalte" 40 %, für "Metakommunikation" 18 % und für "Organisierung" 42 % der insgesamt eingeschätzten Äußerungen.

- . Das durchschnittliche Skalenniveau aller drei Variablen liegt über dem gesetzten Kriterium von 2.00, das wir als untere Grenze für eine angemessene Realisierung gesetzt haben.
Es beträgt für "Verbalisierung emotionaler Erlebnisinhalte" 3.10, für "Metakommunikation" 2.24 und für "Organisierung" 2.25.

Verlaufsanalysen über die einzelnen Therapiekontakte:

- . Sowohl die Häufigkeit als auch das durchschnittliche Skalenniveau bleibt für alle drei Variablen im Verlaufe der Therapie (über sämtliche erfaßten Therapiekontakte) konstant, d. h., es konnten keine signifikanten Unterschiede beim Vergleich der Mittelwerte zwischen den einzelnen Therapiekontakten festgestellt werden.

Wir sehen somit die Hypothese 1, daß die Therapeuten die dem Konzept entsprechenden Variablen konstant über den gesamten Therapiezeitraum verwirklichen, als bestätigt an. Wir gehen davon aus, daß die Therapeuten das Konzept so weit verwirklicht haben, daß Veränderungen bei den Klienten zu erwarten sind. Was die Skalenwerte betrifft, so muß festgehalten werden, daß die Variablen "Metakommunikation" und "Organisierung", obwohl sie das gesetzte Kriterium erreichen, relativ niedrig verwirklicht werden.

1.2. Die Therapeutenvariable "ÜBUNGEN"

Diese Therapeutenvariable betrachten wir bei der Auswertung gesondert, da sie nicht wie die anderen Therapeutenvariablen des Konzepts anhand einzelner Äußerungen durch Skalierung erfaßt werden kann.*

* Eine konkrete Hypothese wird deshalb für diese Variable nicht aufgestellt

Eine qualitative Einschätzung dieser Variablen, z.B. ob eine Instruktion zum angemessenen Zeitpunkt gegeben wurde und wie verständlich sie erfolgte, kann mit den bisherigen Mitteln nicht erfaßt werden. Hierbei wäre es nötig, die gesamte Instruktion in ihrem Kontext zu beurteilen, und nicht nur einzelne Äußerungen. Außerdem bedürfte es dazu einer anderen Analyse des Klientenverhaltens vor, nach und während der Übung. Dies muß jedoch einer weiteren Untersuchung vorbehalten bleiben.

Da unser Schwerpunkt auf der Gesamtbetrachtung des Konzepts liegt und nicht die Wirkung einzelner Elemente untersucht wird, beschränken wir uns auf einige deskriptive Aspekte der Auswertung der Übungen. Wenn wir auch durch die Unterschiedlichkeit der Variablen nicht den exakten Anteil der Übungen im Gesamtkonzept errechnen können, so wollen wir dennoch versuchen, anhand der Häufigkeit der durchgeführten Übungen einige Fragen zu beantworten:

- a) Wie oft wird überhaupt das Element "Übungen" eingesetzt und wie häufig werden einzelne Übungen durchgeführt?

Insgesamt gesehen, d. h., über alle Klientenpaare und den gesamten Therapiezeitraum hinweg, wurde 145 mal eine Übung durchgeführt. Das bedeutet, bei der Anzahl von insgesamt 312 Sitzungen, daß in fast jedem zweiten Kontakt eine Übung durchgeführt wurde. (In der ersten Sitzung sollte laut Konzept keine Übung eingesetzt werden). Da die Übungen jeweils im Gegensatz zu den anderen Variablen sehr aufwendig sind, können wir davon ausgehen, daß diese Variable auch als wesentliches Element des Therapiekonzepts zum Tragen gekommen ist.

Die Häufigkeit der einzelnen Übungen verteilt sich folgendermaßen:

Tab. 9: Anzahl der einzelnen Übungen in der Gesamtgruppe

ÜBUNG	HÄUFIGKEIT DER DURCHFÜHRUNG		
Rollenspiel	(RS)	:	38
Kontrollierter Dialog	(KD)	:	32
Partnerzentriertes Gespräch	(PG)	:	22
Mir gefällt/mich stört an Dir	(GEF)	:	15
Wünsche Äußern	(WÜ)	:	13
Partnerschaftsverteilungskuchen	(PK)	:	7
Konfliktgespräch	(K)	:	7
Vermutungen Äußern	(V)	:	6
Aug-in-Auge-Kontaktübung	(A)	:	2
Tonbandfeedback	(TB)	:	2

Die durchgeführten Übungen lassen sich ihrer Häufigkeit entsprechend grob in drei Gruppen einteilen: Als die am häufigsten eingesetzten Übungen können das "Rollenspiel" (28 mal), der "Kontrollierte Dialog" (32 mal) und das "Partnerzentrierte Gespräch" (22 mal) betrachtet werden. Zur zweiten Gruppe zählen die Übungen "Mir gefällt/mich stört an Dir" und "Wünsche Äußern", während die restlichen Übungen einen wesentlich geringeren Stellenwert einnehmen (vgl. Tab. 9).

b) Wie verteilt sich der Einsatz von Übungen auf die gesamte Therapiezeit?

Bei der Frage nach der Verteilung der Übungen über den Therapiezeitraum geht es uns vor allem darum, festzustellen, ob in bestimmten Phasen der Therapie die Häufigkeit der Übungen zu- und in anderen Phasen abnimmt und ob sich zeitliche Schwerpunkte für den Einsatz ganz bestimmter Übungen feststellen lassen.

Wie Tabelle 1 (s. Anhang S.180) zeigt, werden insgesamt gesehen, im zweiten Drittel der Therapie (5. bis 8. Kontakt) häufiger Übungen eingesetzt (65 mal) als im ersten (41 mal) und im letzten Drittel (39 mal). In der fünften Sitzung liegt die höchste Anzahl der insgesamt durchgeführten Übungen, d. h., es wurde bei 19 Klienten-Paaren im 5. Kontakt eine Übung durchgeführt.

c) Wie verteilen sich die Übungen auf die einzelnen Klienten-Paare?

Betrachtet man die Häufigkeit der Übungen auf die Klienten-Paare verteilt, so ist festzustellen, daß bei zwei Paaren keine Übung durchgeführt wurde und die Durchführung von 12 Übungen bei einem Klienten-Paar als Maximum anzusehen ist (s. Anhang, Tab.1). Außerdem interessiert uns, ob eine bestimmte Übung bei einem Klientenpaar öfter wiederholt wurde oder ob es sich jeweils um verschiedene Übungen handelt. Wie die Aufstellung aus Tab. 1 (Anhang, S.180) zeigt, wird das "Rollenspiel" bei zwei Klienten-Paaren und das "Partnerzentrierte Gespräch" bei einem Klienten-Paar 4 mal durchgeführt. Ansonsten kommt es in 6 Fällen vor, daß eine Übung zweimal wiederholt, also insgesamt 3 mal durchgeführt wird.

1.3. Zusammenfassung der Ergebnisse der Therapeutenvariablen und Interpretation

Bei der Überprüfung der Therapeutenvariablen wurde sowohl der quantitative als auch der qualitative Aspekt berücksichtigt, d. h., es wurde festgestellt, mit welcher Häufigkeit die einzelnen Variablen aufgetreten sind und welchen durchschnittlichen Skalenwert sie erreichten.

Zur Überprüfung der Mittelwertsdifferenzen zwischen den einzelnen Therapiekontakten wurde der t-Test durchgeführt.

Der quantitative Anteil der Variablen an der Gesamtzahl der eingeschätzten Äußerungen ist für die Variable "ORGANISIERUNG" mit 42 % am größten. "Verbalisierung emotionaler Erlebnisinhalte" wurde mit 40 % eingesetzt, wohingegen der Anteil von "METAKOMMUNIKATION" nur 18 % beträgt.

Vom qualitativen Gesichtspunkt aus läßt sich sagen, daß das Therapiekonzept mit den vorhergesehenen Variablen von den Therapeuten in einem Ausmaß verwirklicht worden ist, das wir für notwendig erachten, um bei den Klienten Veränderungsprozesse in Gang zu setzen. Die Variablen "VERBALISIERUNG emotionaler Erlebnisinhalte", "METAKOMMUNIKATION" und "ORGANISIERUNG" erfüllen das Kriterium, durchschnittlich eine Skalenstufe von mindestens 2.00 aufzuweisen. VERBALISIERUNG emotionaler Erlebnisinhalte ist mit 3.10 qualitativ am höchsten verwirklicht, während "ORGANISIERUNG" mit einem durchschnittlichen Skalenwert von 2.25 und METAKOMMUNIKATION mit 2.24 nicht weit über dem Mindestausmaß liegen.

Eine Überprüfung der Mittelwertsunterschiede zwischen den einzelnen Zeitpunkten sowohl für die Häufigkeit als auch für die Skalenwerte ergab keine signifikanten Ergebnisse; das bedeutet, daß die Variablen über den gesamten Therapiezeitraum konstant realisiert wurden.

Die Auswertung der Variable ÜBUNGEN wurde gesondert vorgenommen, da hier nur ein deskriptives Verfahren möglich war. Wir können von einem durchschnittlich relativ häufigen Einsatz von ÜBUNGEN sprechen, da die Therapeuten nahezu in jedem zweiten Kontakt eine Übung einsetzten. Am häufigsten wurde das "Rollen-spiel", der "Kontrollierte Dialog" und das "Partnerzentrierte Gespräch" eingesetzt. Insgesamt sind im zweiten Drittel der Therapie (5. bis 8. Kontakt) die meisten Übungen zu verzeichnen.

Interpretation:

Die Annahme der Hypothese 1, daß es möglich ist, ein Konzept mit den erstellten Variablen in einem Ausmaß zu verwirklichen, das wir für diese Therapie als angemessen ansehen, kann bejaht werden.

Wir nehmen daher an, daß eine praktische Kombination der Variablen "VERBALISIERUNG", "ORGANISIERUNG", "METAKOMMUNIKATION" und "ÜBUNGEN" möglich ist und sich somit therapeutische Elemente mit so unterschiedlichem Strukturierungsgrad wie z. B. VERBALISIERUNG und ÜBUNGEN in dieser Form vereinbaren lassen.

VERBALISIERUNG wurde mit einem Anteil von 40 % an den Gesamtäußerungen eingeschätzt und weist ein durchschnittliches Skalenniveau von 3.10 auf. Die Variable ORGANISIERUNG hat zwar einen höheren quantitativen Anteil an den Gesamtäußerungen (42 %) als VERBALISIERUNG, weist jedoch ein niedrigeres Skalenniveau (2.25) auf. Somit können wir vermuten, daß das klientenzentrierte Vorgehen in diesem Konzept am intensivsten eingesetzt wurde. Es erscheint somit möglich, klientenzentriertes Vorgehen in der Partnertherapie mit strukturierenderen Elementen zu erweitern.

Die Gewichtung der Variablen könnte eventuell auf die Wirkung des Trainings zurückgeführt werden, in dem die Therapeuten übten, das Konzept mit den vorhergesehenen Schwerpunkten anzuwenden. Eine weitere Erklärung könnte aber auch darin liegen, daß sich die Therapeuten aufgrund ihrer Ausbildung in Gesprächspsychotherapie bei der Variable "Verbalisierung emotionaler Erlebnisinhalte" am sichersten fühlten und dieses Verhalten deshalb so häufig und mit hoher Qualität einsetzten.

Bei dem Einsatz von Übungen muß zunächst berücksichtigt werden, daß die Übungen in dem durchgeführten Konzept als 'freie' Interventionsmöglichkeiten des Therapeuten verstanden wurden und nicht, wie z. B. in Kommunikationstrainings üblich, von vorneherein eine bestimmte Übung für eine bestimmte Sitzung vorgesehen und geplant war. Das heißt, der Therapeut muß jeweils in der Situation entscheiden, ob er überhaupt eine Übung durchführen will und welche. Jedoch waren für den Gebrauch von Übungen durch das Übungskompodium Richtlinien vorgegeben (s. Anhang S. 1-24) und in der Supervision wurden die Therapeuten jeweils auf die Möglichkeiten zur Durchführung passender Übungen hingewiesen. Daß die Therapeuten relativ häufig bestimmte Übungen einsetzten, könnte ein Hinweis dafür sein, daß diese Interventionsmöglichkeit in der Therapie mit dem angestrebten Ziel der Kommunikationsverbesserung günstig und hilfreich erschien. Den Klienten wird hiermit die Möglichkeit gegeben, gewisse Kommunikationsfertigkeiten als neues Verhalten in den Sitzungen direkt zu erproben.

Wir gehen davon aus, daß die am häufigsten eingesetzten Übungen von den Therapeuten als die wichtigsten angesehen wurden. Durch das "Rollenspiel" konnten die Klienten erwünschtes Verhalten in einer konkreten Situation darstellen; im "Kontrollierten Dialog" wurde genaues Zuhören und Wiedergeben geübt, und im "Partnerzentrierten Gespräch" versuchten die Klienten zu verstehen und mit eigenen Worten wiederzugeben, was der Partner ausdrückt.

Obwohl aufgrund der vorliegenden Ergebnisse keine gültigen Schlüsse zur Erklärung des Therapeutenverhaltens gezogen werden können, möchten wir dennoch kurz einige mögliche Überlegungen dazu aufführen:

Die am häufigsten durchgeführten Übungen könnten vermuten lassen, daß gerade in diesen Kommunikationsbereichen die auffälligsten Defizite bei den Klienten zu beobachten waren.

Andererseits könnte hierin zum Ausdruck kommen, daß die Therapeuten in der Kommunikation der Klienten auch besonders die Variablen der Gesprächspsychotherapie als die wichtigsten betrachteten. Denn die im "Kontrollierten Dialog" und im "Partnerzentrierten Gespräch" geübten Verhaltensweisen sind als Grundsteine für klientenzentriertes Verhalten (im Sinne von "Auf den anderen eingehen") anzusehen.

Eine weitere Möglichkeit wäre, daß die Therapeuten aufgrund ihrer Orientierung an der Gesprächspsychotherapie für diese Defizite am sensibelsten waren.

2. VERÄNDERUNGEN IN DER BEZIEHUNG UND IN DER SELBST-EINSCHÄTZUNG DER KLIENTEN

Die zweite Hypothese betrifft den Kernpunkt unserer Aussage, nämlich, ob sich das Erleben der gesamten Beziehung verändert. Es soll hiermit beantwortet werden, ob ein therapeutisches Konzept, das schwerpunktmäßig bei der Verbesserung der verbalen Kommunikation ansetzt, eine Verbesserung der gesamten Beziehung bewirken kann. Wir haben versucht, diese Frage durch subjektive Einschätzungen anhand von Fragebogen durch die Klienten zu beantworten.

Die Überprüfung der Hypothese 2 soll auf drei Ebenen stattfinden:

- Veränderungen von Zufriedenheit in der Beziehung und Veränderungen von Art und Ausmaß an Problemen
- Veränderungen von Persönlichkeitsmerkmalen
- Veränderungen im Erleben der gesamten Beziehung

2.1. Veränderungen der Zufriedenheit in der Beziehung und Veränderungen von Art und Ausmaß an "Problemen "

Zur Bearbeitung dieser Fragestellung ziehen wir die Antworten des "Partnerschaftsfragebogens" heran, die sich grob in qualitative und quantitative Daten unterscheiden lassen (vgl. S.164).

Eine Auswertung der qualitativen Daten wird hier nicht vorgenommen, da eine Kategorisierung der sehr heterogenen Aussagen nur durch den Zwischenschritt subjektiver Interpretation von Ratern zustande kommen könnte. Da ein derartiges Verfahren sehr wenig konkrete Information liefern würde und außerdem äußerst aufwendig ist, haben wir darauf verzichtet. Die Antworten sind jedoch bei der Konstruktion der Nachbefragungsbogen berücksichtigt worden. Wir haben dabei versucht, die von den Klienten hier angegebenen Problembereiche für die Nachbefragung möglichst umfassend auszuschöpfen.

Der quantitative Teil des PARTNERSCHAFTSFRAGEBOGENS beinhaltet einen 'Beziehungsteil', bei dem es um eine Veränderung der Zufriedenheit in der Beziehung geht, und einen 'Problemtteil', mit dem Veränderungen der Art und des Ausmaßes von Problemen erfaßt werden.

Der prüfstatistischen Auswertung dieser beiden Fragebogenteile war eine Transformierung der Klienten-Antworten in Zahlenwerten vorausgegangen (von "ja genau" = 1 bis "nein gar nicht" = 5).

Zur Überprüfung auf signifikante Veränderungen wurde der WILCOXON-Test verwendet, die Überprüfung der Ausgangsbedingungen fand mit dem U-Test von MANN-WHITNEY statt.

Wir untersuchten die Frage der Veränderungen zunächst für die Gesamtheit der Klienten und differenzierten anschließend nach alters- und geschlechtsspezifischen Kriterien.

Wir wollen hiermit der Frage nachgehen, ob und inwieweit bestimmte Teilgruppen von diesem Konzept der integrativen Partnertherapie unterschiedlich profitieren.

Die Differenzierung nach geschlechtsspezifischen Kriterien erscheint und sinnvoll, da z. B. vermutet werden kann, daß sich Männer und Frauen aufgrund einer unterschiedlichen Sozialisation möglicherweise auch im selbst-explorativen oder partnerverbalisierenden Verhalten unterscheiden.

Die Frage, inwieweit das Alter der Klienten Einfluß auf die Ergebnisse ausübt, wird im Rahmen der Partnertherapie relevant, bedenkt man z. B., daß ältere Klienten - im Vergleich zu jüngeren - in der Regel bereits über längere Zeit in einer Partnerbeziehung leben und von daher eventuell festere Kommunikationsstrukturen in die Therapie mit einbringen, daß sich das Kommunikationsverhalten der jüngeren Klienten vielleicht grundsätzlich von dem der Älteren unterscheidet, u.ä.

Wir haben hierzu die Klienten in zwei Gruppen aufgeteilt. In einer Teilgruppe sind alle Klienten unter 30 Jahren, in der anderen diejenigen über 30 Jahre zusammengefaßt. Die erste Teilgruppe umfaßt 31 Klienten mit einem Durchschnittsalter von 25,8 Jahren, die zweite Teilgruppe 21 Klienten mit einem Durchschnittsalter von 37,7 Jahren.

In Tabelle 10* sind die Ergebnisse für die Gesamtgruppe der Klienten dargestellt. Voraussetzung für die Aufnahme in die Tabelle war ein Signifikanzniveau (α) von mindestens 2 %.

* In den folgenden Tabellen werden jeweils nur diejenigen Items aufgeführt, bei denen sich ein signifikanter Unterschied gezeigt hat.

Tabelle 10:

Signifikante Veränderungen in der Beantwortung des Partnerschaftsfragebogens beim Vergleich der Vortest- mit den Nachtest-Daten; WILCOXON-Test, zweiseitige Testung;

	Item Nr.	MITTELWERTE		
		M	M	
		Vortest	Nachtest	sign. (α)
BEZIEHUNGSTEIL	8. Nichts ist in unserer Beziehung geschehen. Wir bleiben immer auf dem gleichen Punkt stehen.	2.88	3.68	0.02 % *
	16. Haben Sie sich in den letzten drei Monaten in Ihrer Beziehung persönlich weiterentwickelt?	3.26	2.28	0.02 %
	17. Hat sich, Ihrer Meinung nach, Ihr Partner in den letzten drei Monaten in Ihrer Beziehung persönlich weiterentwickelt?	3.20	2.43	0.02 %
	2. Häufiger als sonst waren wir sehr zufrieden, weil wir Gefühle miteinander geteilt haben	3.40	2.93	0.2%
	7. Unsere Beziehung wurde enger, wärmer und befriedigender	3.38	3.00	2.%
	11. Glauben Sie, Ihr Partner ist, insgesamt gesehen, glücklich in Ihrer Beziehung?	3.00	2.66	2.%
	14. Sind Sie in der mit Ihrem Partner gemeinsam verbrachten Zeit glücklich?	2.60	2.26	2.%
PROBLEMTTEIL	Mich belasten zur Zeit:			
	2. Streit mit dem Partner	2.68	3.48	0.2%
	5. eigene seelische Probleme	2.36	2.94	0.2%
	22. Geldsorgen	3.76	4.12	2.%

* Eine Verringerung der Werte bedeutet - bei positiver Fragestellung - eine Veränderung in positive Richtung, da die Antwortkategorien wie folgt transformiert wurden: von "ja genau" = "1" bis "nein gar nicht" = "5".

Ergebnisse:

Die signifikanten Items lassen sich inhaltlich zusammenfassen in:

- . stärkerer Zufriedenheit in der Beziehung, weil Gefühle geteilt wurden; die Beziehung wurde enger, wärmer und befriedigender
- . das Gefühl, glücklich zu sein in der Beziehung, was sowohl die eigene Empfindung als auch die Annahme über das Empfinden des Partners betrifft
- . persönliche Weiterentwicklung in der Beziehung sowohl der eigenen als auch der des Partners, sowie der Eindruck, die gemeinsame Beziehung entwickelt sich weiter
- . die Problembereiche: "Streit mit dem Partner", "eigene seelische Probleme" und "Geldsorgen" sind nach der Therapie weniger belastend als vorher.

Differenzierung nach Altersgruppen

Der Vergleich der Ausgangswerte beider Altersgruppen hat folgende Ergebnisse gebracht:

Tabelle 11: Signifikante Unterschiede in der Beantwortung des Partnerschaftsfragebogens beim Vergleich von zwei Altersgruppen (unter/über 30 J.) im Vortest.
MANN-WHITNEY U-Test; zweiseitige Testung

Item	unter 30 J. M	über 30 J. M	sign. (α)
Mich belasten zur Zeit:			
16. Umgang mit den Kindern	4.61	4.43	2. %
17. eigene Eltern	2.92	4.68	0.2 %
28. Berufssituation des Partners	3.10	4.00	2. %

In der Beantwortung des 'Beziehungsteils' zeigen sich keine signifikanten Unterschiede in den Ausgangswerten der Klienten unter 30 Jahren im Vergleich zu den Klienten über 30 Jahren.

Bei drei Items des 'Problemteils' unterscheiden sich die Gruppen in ihren Ausgangswerten voneinander (die Unterschiede beziehen sich jedoch auf andere Items als in der Gesamtgruppe).

Die signifikanten Veränderungswerte zwischen Vortest und Nachtest beider Altersgruppen sind in Tabelle 12 dargestellt:

Tabelle 12: Signifikante Veränderungswerte der beiden Altersgruppen (unter/über 30 J.) im Partnerschaftsfragebogen WILCOXON-TEST; zweiseitige Testung. V = Vortest, N = Nachtest

	Item	unter 30J.		sign. (α)	über 30J.		sign. (α)
		M_V	M_N		M_V	M_N	
	2. Häufiger als sonst waren wir mehr zufrieden, weil wir Gefühle miteinander geteilt haben		-		3.70	3.00	1 %
	7. Unsere Beziehung wurde enger, wärmer und befriedigender		-		3.65	3.00	2 %
L E I S U N G E I L B E I T E L	8. Nichts ist in unserer Beziehung geschehen. Wir bleiben immer auf dem gleichen Punkt stehen	3.03	3.66	5%		-	
	11. Glauben Sie, Ihr Partner ist insgesamt gesehen glücklich in Ihrer Beziehung?	2.80	2.26	1%		-	
	14. Sind Sie in der mit Ihrem Partner gemeinsam verbrachten Zeit glücklich?	2.43	2.10	2%		-	
	16. Haben Sie sich in den letzten drei Monaten in Ihrer Beziehung persönlich weiterentwickelt?	2.96	2.06	1%	3.70	2.60	0,5%
	17. Hat sich Ihrer Meinung nach Ihr Partner in den letzten 3 Monaten in Ihrer Beziehung persönlich weiterentwickelt?	2.96	2.00	1%	3.45	2.90	2 %
PROBLEM- TEIL	22. Mich belasten zur Zeit Geldsorgen	3.53	3.96	(10%)		-	

Laut Tab. 12 zeigt sich in beiden Altersgruppen eine signifikante Verbesserung in der eigenen persönlichen Weiterentwicklung und in der persönlichen Weiterentwicklung des Partners.

Die Klienten unter 30 Jahren haben außerdem nach der Therapie das Gefühl, glücklicher zu sein in der Beziehung und glauben auch, daß der Partner glücklicher ist als vor der Therapie. Weiterhin haben sie eher den Eindruck, daß in der Beziehung etwas geschieht und sie nicht immer auf dem gleichen Punkt stehen bleiben.

Die Klientengruppe über 30 Jahre gibt an, daß sie zufriedener war, weil Gefühle miteinander geteilt wurden und daß ihre Beziehung enger und befriedigender wurde.

Differenzierung zwischen männlichen und weiblichen Klienten:

Der prüfstatistische Vergleich der Ausgangswerte des Partnerschaftsfragebogens nach dem MANN-WHITNEY U-Test zeigt folgende Ergebnisse:

Tabelle 13: Signifikante Unterschiede in der Beantwortung des Partnerschaftsfragebogens beim Vergleich von männlichen (m) und weiblichen (w) Klienten im Vortest.
MANN-WHITNEY U-Test; zweiseitige Testung

Item	Mittelwerte		sign. (α)
	M_m	M_w	
Mich belasten zur Zeit:			
15. Frage nach dem Sinn des Lebens	4.12	3.29	8 %
24. Hausarbeit	4.36	3.70	2 %
28. Berufssituation	3.60	3.00	10 %

In der Beantwortung des 'Beziehungsteils' zeigen sich keine signifikanten Unterschiede in den Ausgangswerten.

Bei der Beantwortung des 'Problemteils' geben die männlichen Klienten eine signifikant höhere Belastung durch "die Frage nach dem Sinn des Lebens", "Hausarbeit" und "Berufssituation" an als die weiblichen Klienten.

In Tabelle 14 sind die Veränderungswerte für die Gruppe der männlichen und der weiblichen Klienten beschrieben.

Tabelle 14: Signifikante Veränderungen für männliche und weibliche Klienten im Partnerschaftsfragebogen WILCOXON-TEST; zweiseitige Testung (V = Vortest; N = Nachtest)

Item	Männer			Frauen		
	M _V	M _N	sign. (α)	M _V	M _N	sign. (α)
8. Nichts ist in unserer Beziehung geschehen. Wir bleiben immer auf dem gleichen Punkt stehen.	2.75	3.70	0,5%		-	
10. Sind Sie, insgesamt gesehen, glücklich in Ihrer Beziehung?		-		2.80	2.26	5 %
11. Glauben Sie, Ihr Partner ist, insgesamt gesehen, glücklich in Ihrer Beziehung?		-		3.00	2.53	5 %
14. Sind Sie in der mit Ihrem Partner gemeinsam verbrachten Zeit glücklich?	2.62	2.25	5 %		-	
16. Haben Sie sich in den letzten 3 Monaten in Ihrer Beziehung persönlich weiterentwickelt?	3.33	2.33	0,2%	3.19	2.23	
17. Hat sich, Ihrer Meinung nach, Ihr Partner in den letzten 3 Monaten in Ihrer Beziehung persönlich weiterentwickelt?	2.95	2.37	5 %	3.34	2.34	0,2%
Mich belasten zur Zeit:						
2. Streit mit dem Partner	2.66	3.58	0,5%	2.69	3.38	5 %
5. eigene seelische Probleme				2.07	2.80	0,5%
15. Frage nach dem Sinn des Lebens	4.12	3.54	5 %		-	
20. Nachbarn	4.91	4.66	2 %		-	

Sowohl bei den männlichen als auch bei den weiblichen Klienten zeigen sich positive Veränderungen bezüglich der eigenen persönlichen Weiterentwicklung und der Weiterentwicklung des Partners.

Die männlichen Klienten haben außerdem den Eindruck, daß sie insgesamt in der Beziehung weitergekommen sind und daß sie in der gemeinsam verbrachten Zeit glücklich sind.

Bei den Frauen ergibt sich zusätzlich zur persönlichen Weiterentwicklung noch der Eindruck, daß sie selber und der Partner in der Beziehung glücklich sind.

Zusammenfassung der Ergebnisse des "Partnerschaftsfragebogens" und Interpretation

Die Ergebnisse des Partnerschaftsfragebogens deuten darauf hin, daß auf der emotionalen Ebene Veränderungen stattgefunden haben, die sich auf verstärkte Zufriedenheit in der Beziehung, und das Gefühl, glücklich zu sein, sowie auf eine persönliche Weiterentwicklung positiv auswirken.

Bei der Veränderung bezüglich Art und Ausmaß von Problemen zeigt sich eine Abnahme bei "Streit mit dem Partner", was verständlicherweise auch auf eine Veränderung der Kommunikation hindeutet oder durch diese zustande gekommen sein kann. Ob diese Abnahme von Streit jedoch positiv oder negativ interpretiert werden soll, muß an dieser Stelle offen bleiben, da z. B. bei Paaren, die offenem Streit aus dem Wege gehen, eine Zunahme dieses Verhaltens wünschenswert wäre. Hierfür mußten also paarspezifisch noch genauere Untersuchungen durchgeführt werden um eine deutliche Aussage machen zu können. Die Veränderung bezüglich eigener seelischer Probleme könnte auf den Zusammenhang zwischen persönlichem Befinden eines Klienten und dem Einfluß des Kommunikationssystems zurückzuführen sein. Das Item "Geldsorgen" läßt sich hingegen eher als bessere Handhabung alltäglicher Probleme interpretieren.

Insgesamt können wir aufgrund der Ergebnisse des Partnerschaftsfragebogens vermuten, daß eine Partnertherapie, die am Kommunikationsverhalten der Klienten ansetzt, eine Verbesserung im Erleben der Beziehung bezüglich stärkerer Zufriedenheit und eventueller besser Handhabung von Problemen bewirkt. Dies entspricht der Annahme der Hypothese 2.1..

2.2. Veränderungen hinsichtlich bestimmter Persönlichkeitsmerkmale anhand der Beantwortungen im FPI

Da entsprechend unserem theoretischen Modell durch Veränderungen in der Beziehung der Partner auch Auswirkungen auf jedes einzelne Individuum zu erwarten sind, wollen wir einige Persönlichkeitsmerkmale untersuchen, indem wir feststellen, ob sich in der Beantwortung der FPI-Items statistisch signifikante Unterschiede zeigen. Die zu überprüfende Hypothese lautet hier: (H.2.2.) "Die durch den FPI erfaßten Persönlichkeitsmerkmale verändern sich nach der Therapie in positive Richtung".

Wir überprüfen diese Fragestellung für die Gesamtheit der Klienten und für die Gruppen der männlichen und weiblichen Klienten.

Ein Vergleich der Vor- und Nachtestdaten für die Gesamtgruppe der Klienten ergibt in sechs Skalen des Tests signifikante Veränderungen (FPI 1, 3, 7, 8, 9 und M).

Tabelle 15: Signifikante Veränderungen in der Beantwortung des FPI beim Vergleich der Vortest- mit den Nachtest-Daten; standardisierte Ergebnisse. Darstellung der Vortestmittelwerte (M_1) und Nachtestmittelwerte (M_2). t-Test, zweiseitige Testung.

FPI-Skala	M_1	M_2	t-Wert	sign. (α)
¹ (Nervosität)	5.46	4.62	3.16	1 %
² (Aggressivität)	5.36	5.16	0.77	-
³ (Depressivität)	6.20	5.24	3.96	0,1%
⁴ (Erregbarkeit)	5.58	5.34	1.05	-
⁵ (Geselligkeit)	5.02	4.96	0.26	-
⁶ (Gelassenheit)	3.46	3.54	0.28	-
⁷ (Dominanzstreben)	3.72	4.30	2.21	5 %
⁸ (Gehemmtheit)	6.06	5.34	2.73	2 %
⁹ (Offenheit)	5.12	5.46	1.80	10 %
^E (Extraversion)	4.80	4.84	0.13	-
^N (emotionale Labilität)	5.58	5.60	1.09	-
^M (Maskulinität)	3.56	4.72	4.44	0,1%

- Die Klienten zeigen nach der Therapie deutlich weniger körperliche Beschwerden und psychosomatische Allgemeinstörungen, was als Sinken von Nervosität bezeichnet werden kann
(Skala 1; vgl. FPI-Handanweisung)
- Es ist eine Abnahme von depressiver, trauriger und niedergedrückter Stimmung zu verzeichnen; die Klienten empfinden sich als weniger elend und schlecht aufgelegt, weniger reizbar und mürrisch, sind ausgeglichenerer Stimmung, optimistischer; außerdem spüren sie eine Zunahme an Konzentrationsfähigkeit und Selbstsicherheit (Skala 3)
- Hinsichtlich der Skala "Dominanzstreben" nimmt das starke Durchsetzen eigener Interessen zu; Mißtrauen gegenüber anderen steigt. Die Klienten zeigen sich aggressiver in den gesellschaftlich noch erlaubten Formen. Im Gegensatz dazu hatten sich die Klienten zu Beginn der Therapie als ausgesprochen nachgiebig, rücksichtsvoll und gemäßigt geschildert.
(Skala 7)
- Im Laufe der Therapie geht auch das Ausmaß an Gehemmtheit zurück, was bedeutet, daß die Klienten sich weniger verlegen und gehemmt im Umgang mit anderen zeigen. Sie fühlen sich nach der Therapie selbstsicherer, kontaktfähiger und stehen unter geringerer körperlicher Erwartungsspannung.
(Skala FPI 8)
- Das Persönlichkeitsmerkmal "Offenheit" ist nach der Therapie stärker ausgeprägt als vor der Therapie. Die Klienten geben eher verschiedene kleine Schwächen und Fehler zu, sind selbstkritischer, wohingegen sie vor der Therapie eher zu Dissimulationen von Fehlern neigten und eher an Selbstgefälligkeit oder Verschlossenheit festhielten."
(Skala 9)

- Hinsichtlich der Dimension "Maskulinität" nimmt der Gruppenwert nach der Therapie zu, was auf hohe aktive Durchsetzung schließen läßt; der Klient empfindet sich selbstbewußter, unternehmungslustiger und ausgeglichener. Niedergedrückte Stimmung hat abgenommen, körperliche Beschwerden und psychosomatische Allgemeinstörungen haben sich verringert.
(Skala M)

Veränderungen bei den männlichen und weiblichen Klienten

Die Anfangswerte der beiden Gruppen unterscheiden sich nicht signifikant, wie eine Überprüfung mit dem t-Test für unabhängige Stichproben ergab .

Die Überprüfung der geschlechtsspezifischen Unterschiede bezüglich Veränderungen vor und nach der Therapie zeigt folgendes Bild:

Tabelle 16: FPI-Testwertveränderungen der männlichen und der weiblichen Klienten (M_1 = Vortestmittelwerte, M_2 = Nachtestmittelwerte); t = Test; zweiseitige Testung

FPI-Skala	- M ä n n e r -				- F r a u e n -			
	M_1	M_2	t-Wert	sign. (α)	M_1	M_2	t-Wert	sign. (α)
1 (Nervosität)	5.33	4.00	3.47	1 %	5.55	5.19	1.09	-
2 (Aggressivität)	5.41	4.91	1.51	-	5.30	5.38	0.19	-
3 (Depressivität)	6.16	4.95	3.49	0,2%	6.23	5.50	2.14	5 %
4 (Erregbarkeit)	5.41	4.83	1.53	-	5.73	5.80	0.30	-
5 (Geselligkeit)	5.12	5.16	0.24	-	4.92	4.76	0.50	-
6 (Gelasseneheit)	3.41	3.87	1.20	-	3.50	3.23	0.65	-
7 (Dominanzstreben)	3.37	4.04	1.80	10 %	4.03	5.03	1.32	-
8 (Gehemtheit)	6.04	4.91	3.12	1 %	6.07	5.73	0.92	-
9 (Offenheit)	5.08	5.70	2.12	5 %	5.15	5.23	0.32	-
E (Extraversion)	5.04	4.95	0.64	-	4.51	4.73	0.40	-
N (emotionale Labilität)	5.45	5.25	0.64	-	6.23	5.92	0.87	-
M (Maskulinität)	3.33	5.20	4.90	0,1%	3.76	4.26	1.61	-

Während bei den männlichen Klienten statistisch bedeutsame Veränderungen in genau den Skalen auftreten, in denen für die Gesamtheit der Klienten signifikante Testwertverschiebungen festgestellt worden sind, ergibt sich für die Gruppe der weiblichen Klienten nur in der Skala "Depressivität" ein signifikanter Unterschied.

Zusammenfassung der Ergebnisse des FPI und Interpretation

Für die gesamte Gruppe der Klienten finden sich statistisch bedeutsame Veränderungen in sechs Skalen des FPI und zwar in den Dimensionen "Nervosität", "Depressivität", "Dominanzstreben", "Gehemmtheit", "Offenheit" und "Maskulinität".

Eine Differenzierung in geschlechtsspezifische Unterschiede zeigt, daß die für die Gesamtheit der Klienten errechneten Signifikanzen im wesentlichen durch die Testwertveränderungen der männlichen Klienten zustande gekommen sind. Lediglich auf der Skala "Depressivität" können wir auch bei den weiblichen Klienten eine ausgeprägte Testwertverschiebung verzeichnen.

Das heißt, beide Gruppen zeigen positive Testwertveränderungen in der Skala "Depressivität", darüber hinaus hat sich die Gruppe der männlichen Klienten in fünf weiteren Skalen "Nervosität", "Dominanzstreben", "Gehemmtheit", "Offenheit" und "Maskulinität" verändert.

Das Ergebnis des FPI kann insgesamt als positiv bezeichnet werden.

Da die Veränderungen durch das Fehlen einer Kontrollgruppe nicht als therapiebedingt abgesichert werden können, müssen die Ergebnisse jedoch vorsichtig gedeutet werden.

Inhaltlich gesehen stehen die Veränderungen im FPI in Zusammenhang mit einigen Veränderungen, die sich im

Partnerschaftsfragebogen ergeben haben, wie z. B.: "persönliche Weiterentwicklung" und eine Abnahme der Belastung durch "eigene seelische Probleme".

Die Tatsache, daß die Testwertveränderungen hauptsächlich auf die männlichen Klienten zurückzuführen sind, könnte zu der Annahme führen, daß die männlichen Klienten stärker von der durchgeführten Therapie profitieren als die weiblichen Klienten. Abgesehen von der unzureichenden Absicherung dieses Ergebnisses in unserer Untersuchung, verstärkt ein Vergleich mit anderen Untersuchungen diese Annahme (STAUSS, 1973).

FRANKE (1978) hat in einer Überprüfung der Effekte von klientenzentrierter Gruppentherapie ebenfalls in einigen Dimensionen des FPI stärkere Veränderungen bei männlichen Klienten erhalten. Die Untersuchung von FRANKE (1978) zeigt jedoch, daß sich die männlichen Klienten abgesehen von der Art der Behandlung in allen Kontrollgruppen stärker verändert haben als die weiblichen Klienten. Zur Klärung dieser Frage müßten daher weitere Untersuchungen durchgeführt werden.

Wir können die Ergebnisse des FPI als Hinweis dafür nehmen, daß sich durch eine Partnertherapie, die bei der Verbesserung der dyadischen Interaktion ansetzt, positive Veränderungen in einigen Persönlichkeitsmerkmalen der Klienten ergeben (Hypothese 2.2.).

2.3. Veränderungen im Erleben der gesamten Beziehung und in der Selbsteinschätzung der Klienten, erfaßt durch den NACHBEFRAGUNGSBOGEN

Wir wollten hier durch offene Fragen der Klienten die Möglichkeit geben, in eigenen Worten zur Therapie Stellung zu nehmen und die wahrgenommenen Veränderungen selbst zu formulieren. Außerdem war es unsere Absicht, dadurch einige Hinweise zu erhalten über Veränderungen, die wir eventuell nicht in den bisherigen vorgegebenen Antwortkategorien berücksichtigt hatten.

Diese qualitativen Daten erfordern durch die jeweils individuellen Formulierungen der Klienten eine besondere Art der Auswertung.

Wir sind bei der Auswertung folgendermaßen vorgegangen: Von zwei Beurteilern wurden nach mehrmaliger Durchsicht sämtlicher Antworten Kategorien gebildet. Bei der Bildung der Kategorien wurden Aussagen, die die gleiche Veränderung beinhalteten, zusammengefaßt und daraus entsprechende Kategorien, sozusagen als Übergriff für die jeweils zusammengefaßten Aussagen, benannt.

Auf eine differenziertere Auswertung mit mehreren unabhängigen Beurteilern haben wir verzichtet, da hierbei die Interpretationen der Rater als erheblicher Störfaktor mit eingehen würden. Außerdem kommt es uns nicht darauf an, hier eine statistisch quantitative Aussage zu machen, sondern die subjektiven Formulierungen der Klienten interessieren uns vor allem inhaltlich.

Wir schildern daher bei der folgenden Darstellung der Ergebnisse die einzelnen Kategorien etwas ausführlicher mit den - hier zusammengefaßten - Formulierungen der Klienten.

I. Veränderungen der Klienten

KATEGORIE 1: Größere Selbstsicherheit

In ihrem Verhalten Dritten gegenüber (Frage 2) empfinden 9 Klienten* gesteigertes Selbstwertgefühl, fühlen sich beim Auftreten Dritten gegenüber sicherer und können besser Kritik vertragen. Unter diesen Punkt fällt z. B. auch die Ablösung vom Elternhaus, die eine Klienten auf ihre gewonnene Selbstsicherheit zurückführt.

KATEGORIE 2: Bewußteres Erleben

Als weitere Veränderung in ihrer Beziehung zum Partner geben 16 Klienten an, daß ihnen deutlich bewußter geworden ist, welche Gefühle sie für den Partner noch haben. Einigen ist klar geworden, daß sie selbst aktiver etwas zur Verbesserung der Beziehung tun können und müssen. Einige Klienten wissen jetzt mehr über die Probleme des Partners, sehen ihn z. B. auch kritischer und nüchterner. Hinsichtlich der gemeinsamen Beziehung wurden die Grenzen erfahren, Abläufe sind deutlich geworden und viele Handlungen werden nicht mehr als 'selbstverständlich' hingenommen. Der Hintergrund der Probleme wurde durchsichtiger. Ein Klient gibt an: "Obwohl die Probleme z. T. geblieben sind, weiß ich jetzt, daß die Partnerschaft nicht der Himmel

* Die Anzahl der Klienten gibt jeweils an, wieviele Antworten einer Kategorie angehörten. Aus der Art der Kategorienbildung ergibt sich, daß nicht alle Klienten zu jeder Kategorie Stellung nahmen, andererseits aber Überschneidungen möglich waren.

auf Erden ist. Es geht also nicht so sehr um die Beseitigung von Schwierigkeiten, sondern um das Bemühen, mit ihnen leben und froh sein zu können".

KATEGORIE 3: Stärkeres Vertrauen

Drei Klienten haben stärkeres Vertrauen zum Partner oder in die Beziehung gewonnen, fühlen sich 'besser aufgehoben', da durch die Erfahrungen in der Therapie eine gemeinsame Basis zustandekam.

KATEGORIE 4: Stärkere Ausgeglichenheit und Zufriedenheit

Hier sind 10 Klienten der Meinung, daß sie sich nicht mehr so stark belastet fühlen, weniger unter Druck, 'fröhlicher', zufriedener und nicht mehr so depressiv sind.

KATEGORIE 5: Negative Veränderungen

Zwei Klienten berichten unter der Fragestellung nach sonstigen Veränderungen (Item 3) über negative Auswirkungen der Therapie: daß sie sich durch die veränderte Lage häufiger niedergeschlagen fühlen bzw. in einem totalen Erschöpfungszustand.

II. Kritik an der Therapie

Mit der Frage "Was hätten Sie sich im Verlauf der Therapie anders gewünscht" werden vor allem folgende Bereiche angesprochen: "KRITIK am grundsätzlichen Konzept" (1), "KRITIK am eigenen Verhalten, am Verhalten des Partners und der Therapeuten" (2), "Anmerkungen zur zeitlichen Begrenzung" (3), "keine anderen Wünsche" (4)

KATEGORIE 1: Kritik am grundsätzlichen Therapiekonzept

- am Ziel der vorrangigen Verbesserung von Kommunikation hatten 8 Klienten etwas auszusetzen. Sie hätten sich eher gewünscht, tieferliegende Probleme zu analysieren und mehr Begründungen für ihr Fehlverhalten zu bekommen.
- Das sogenannte "nicht-direktive" Verhalten der Therapeuten hatten 13 Klienten kritisiert. Sie wünschten sich hier straffere Führung und Kontrolle durch die Therapeuten, d. h. daß diese mehr Themen von sich aus ansprechen) und haben Ratschläge und Stellungnahmen der Therapeuten vermißt.
- In bezug auf die einzelnen Therapieelemente hatten sich 4 Klienten etwas anderes vorgestellt. Sie verlangten nach Hausaufgaben, strukturierteren Vorschlägen für ihr Verhalten außerhalb der Therapie, eventuell Arbeit mit anderen Paaren in Gruppen und fanden z. B. einige Kommunikationsübungen unangenehm.

KATEGORIE 2: Kritik am Verhalten der Klienten und Therapeuten

4 Klienten waren mit sich selbst insofern unzufrieden, als sie sich nicht genügend in dieser Therapie engagiert haben, bzw. noch Hemmungen feststellten, sich offen mitzuteilen.

3 Klienten hatten an das Verhalten ihres Partners höhere Ansprüche, fanden ihn nicht offen genug.

Zu den Therapeuten hatten 12 Klienten Anmerkungen gemacht, in dem Sinne, daß sich diese persönlich zu stark zurückhielten, ihr Vorgehen hätten transparenter machen sollen; ein Paar kritisierte, daß die Therapeuten sich selbst noch in einem Lernprozeß befinden.

KATEGORIE 3: Anmerkungen zur zeitlichen Begrenzung der Therapie

Insgesamt 15 Klienten haben die Dauer der Therapie als zu kurz empfunden, was sich sowohl auf die Zeit der einzelnen Sitzungen als auch auf die gesamte Therapiezeit von 12 Sitzungen bezieht. Viele Klienten meinten, daß durch die Therapie "einiges angerissen" wurde oder "ins Rollen kam" und bedauerten es, abbrechen zu müssen. Die einzelnen Sitzungen wurden als zu kurz empfunden, da es oft schwierig war, jedesmal von neuem in Gang zu kommen, und gerade dann abzubrechen, wenn sie so richtig "drin" waren.

KATEGORIE 4:

8 Klienten gaben an, keine anderen Wünsche zu haben, die Therapie sei nach ihren Vorstellungen verlaufen.

Interpretation des Nachbefragungsbogens:

Inhaltlich lassen sich die hier von den Klienten angegebenen Veränderungen in Zusammenhang mit dem Ansetzen der Therapie bei der Kommunikationsverbesserung bringen.

So wäre z. B. vorstellbar, daß verstärkte Selbstsicherheit und bewußteres Erleben der Beziehung, der eigenen Person und des Partners damit verbunden ist, sich selber mitzuteilen oder auf den Anderen einzugehen. Dies würde sich mit einigen empirischen Befunden, wie z.B. einer Untersuchung von TAUSCH (1970) decken, der als Folgen einer offenen Selbstexploration einige Veränderungen im Erleben nennt, wie z. B. differenziertere Wahrnehmung der eigenen Person und der Umwelt oder größeres Selbstvertrauen und mehr Selbststeuerung (vgl. S. 62 der vorliegenden Arbeit).

Dieses Ergebnis könnte somit für die theoretische Annahme sprechen, in der wir die positive Wirkung des Zielbereiches "Sich selbst mitteilen können" auf die gesamte Beziehung postulieren.

Das stärkere Vertrauen in die Beziehung und zum Partner könnte mit dem Klientenzielbereich "Auf den anderen eingehen" zusammenhängen. In diesem Zusammenhang nennen die Klienten ihr Bemühen, sich öfter in den Partner hineinzusetzen sowie den Versuch des Aktiven Zuhörens.

So können wir weiterhin an der Überlegung festhalten, daß dieses Verhalten, daß sich als bisheriges Ergebnis der Gesprächspsychotherapieforschung in der Interaktion zwischen Klienten und Therapeut als günstig erwies, auch in der Beziehung zwischen zwei Partnern positiv auswirkt.

2.4. Zusammenfassung der Ergebnisse zu Hypothese 2:

Die Überprüfung der Hypothese 2 fand anhand des Partnerschaftsfragebogens, des FPI und des Nachbefragungsbogens statt.

Die Klienten nehmen eine Verbesserung ihrer Beziehung wahr, die charakterisiert werden kann als stärkere Zufriedenheit in der Beziehung, das Gefühl glücklich zu sein und als Eindruck, sich persönlich weiterentwickelt zu haben, sowie das Abnehmen von "Streit mit dem Partner", "eigener seelischer Probleme" und "Geldsorgen" (Partnerschaftsfragebogen).

Im FPI zeigen sich Veränderungen in den Persönlichkeitsmerkmalen: "Nervosität", "Depressivität", "Dominanzstreben", "Gehemmtheit", "Offenheit" und "Maskulinität".

Außerdem schildern die Klienten im Nachbefragungsbogen positive Veränderungen im Bereich von erhöhter Selbstsicherheit, bewußteres Wahrnehmen, stärkeres Vertrauen und größere Ausgeglichenheit.

Aufgrund dieser positiven Ergebnisse können wir die Annahme der Hypothese 2, daß sich nach einer Therapie, die bei der Verbesserung der dyadischen Kommunikation ansetzt, das Erleben der gesamten Beziehung sowie die Selbsteinschätzung der Klienten verbessert, bejahen.

3. VERÄNDERUNGEN IM KOMMUNIKATIONSVERHALTEN DER KLIENTEN

Die dritte Untersuchungsfrage zielt auf die Veränderungen des Kommunikationsverhaltens der Klienten hin. Wir ziehen zur Überprüfung der Annahme, daß sich das Kommunikationsverhalten der Klienten verbessert, sowohl die subjektiven Einschätzungen der Klienten (Fragebogendaten) als auch die objektiven Einschätzungen der Fremdbeurteilung (Ratingdaten) heran.

3.1. Veränderungen in den subjektiven Einschätzungen des Kommunikationsverhaltens

Die Frage der Selbsteinschätzung des Kommunikationsverhaltens wird mit der Überprüfung der Hypothese 3.1. beantwortet. Es geht hierbei um die Annahme, daß die Klientenaussagen über das eigene Kommunikationsverhalten und das des Partners nach der Therapie in Richtung auf eine positivere Einschätzung entsprechend den angestrebten Zielbereichen ändern. Die Berechnung findet anhand des Kommunikationsfragebogens statt, den die Klienten beim Vortest und beim Nachtest erhielten, und des Nachbefragungsboogens, der den Klienten zusätzlich im Nachtest gegeben wurde.

3.1.1. Ergebnisse des Kommunikationsfragebogens

Wir überprüfen zunächst die Angaben für sämtliche Klienten, dann folgt eine Differenzierung in alters- und geschlechtsspezifische Unterschiede.* Statistisch gesehen handelt es sich um den Mittelwertsvergleich abhängiger Stichproben. Die Überprüfung erfolgt mit dem WILCOXON-Test.

* In den folgenden Tabellen werden jeweils nur diejenigen Items aufgeführt, bei denen sich ein signifikanter Unterschied gezeigt hat.

Tabelle 17: Signifikante Veränderungen in der Beantwortung des Kommunikations-Fragebogens beim Vergleich der Vortest- mit den Nachtest-Daten; WILCOXON-Test; zweiseitige Testung

Item	Mittelwerte		sign. (∞)
	M VORTEST	M NACHTEST	
2. Ich habe meinem Partner meine Wünsche und Bedürfnisse (egal, ob auf Gegenstände, auf ihn - z. B. Zärtlichkeiten - oder auf andere Personen bezogen) mitgeteilt.	2.34	1.96	2 %
15. Wenn mein Partner mir sagte, was er auf dem Herzen hatte, sei es positiv oder negativ, hat er es direkt und sehr konkret getan.	2.42	2.16	(10 %)

Die Verschiebung von einem hohen zu einem niedrigen Mittelwert bedeutet eine Veränderung in positiver Richtung, da die Transformierung der Antwortkategorien in Zahlenwerte von 'ja genau' = '1' bis 'nein gar nicht' = '5' erfolgte.

Tabelle 17 zeigt, daß sich bei der Gesamtgruppe der Klienten ein bedeutsamer Unterschied (auf dem 2%-Niveau) ergibt bezüglich des Mitteilens von Wünschen und Bedürfnissen an den Partner. Der Unterschied in der Einschätzung, daß der Partner, wenn er etwas auf dem Herzen hatte, es direkt und konkret sagte, ist nur als Tendenz zu verzeichnen (10%-Niveau).

Da von den insgesamt 17 Items des Kommunikationsfragebogens lediglich bei einem Item ein signifikantes Ergebnis festzustellen ist, können wir hier insgesamt gesehen nicht von einer verbessert eingeschätzten Kommunikation sprechen.

Im folgenden wird die Gesamtgruppe nach den Kriterien Alter und Geschlecht in Untergruppen aufgeteilt. Bevor wir die Veränderungen zwischen Vortest und Nachtest berechnen, muß sichergestellt sein, daß die jeweils zu vergleichenden Gruppen sich nicht in ihren Ausgangsbedingungen unterscheiden, also jeweils ein Vergleich der Ausgangswerte vorgenommen werden.

Differenzierung nach Altersgruppen:

Wir fassen die Klienten unter 30 Jahren und die Klienten über 30 Jahre jeweils zu einer Gruppe zusammen.

Die Ausgangswerte dieser beiden Gruppen wurden mit dem U-Test von MANN/WHITNEY verglichen:

Tabelle 18: Signifikante Unterschiede der Ausgangswerte im Kommunikations-Fragebogen beim Vergleich von 2 Altersgruppen (unter/über 30 J.) MANN-WHITNEY U-TEST; zweiseitige Testung

Item	Mittelwerte		sign. (α)
	M unter 30J.	M über 30J.	
11. Wenn ich den Eindruck hatte, daß irgendetwas zwischen uns bzw. in unserer Kommunikation nicht stimmte oder - umgekehrt - positiv bemerkenswert war, habe ich ihm mitgeteilt, was mir aufgefallen ist.	3.23	2.25	0,2 %

Nur in der Beantwortung eines Items, daß sich auf die eigene Metakommunikation bezieht, haben die jüngeren Klienten einen signifikant höheren Ausgangswert als die älteren Klienten.

Tabelle 19: Signifikante Veränderungswerte der Altersgruppe 2 im Kommunikationsfragebogen; WILCOXON-TEST; zweiseitige Testung

Item	Mittelwerte		sign. (α)
	M VORTEST	M NACHTEST	
22. Wenn er offensichtlich den Eindruck hatte, daß irgend- etwas zwischen uns bzw. der Kommunikation nicht stimmte oder - umgekehrt - positiv bemerkenswert war, hat er mir mitgeteilt, was ihm aufgefallen war.	3.00	2.06	2 %

Im Vergleich zwischen vor und nach der Therapie hat sich lediglich die Gruppe der älteren Klienten bei einem Item signifikant verändert, das die Metakommunikation des Partners thematisiert. Die Klienten schätzen hier nach der Therapie das metakommunikative Verhalten des Partners bedeutend positiver ein, als vor der Therapie.

Differenzierung nach männlichen und weiblichen Klienten:

Ein Vergleich der Vortestdaten mit dem U-TEST von MANN-WHITNEY zwischen männlichen und weiblichen Klienten ergab keine signifikanten Unterschiede.

Die Veränderungswerte sind in Tabelle 20 festgehalten:

Tabelle 20: Vergleich der Vor- und Nachtestdaten der männlichen Klienten bei den Antworten im Kommunikationsfragebogen; WILCOXON-TEST; zweiseitige Testung

Item	Mittelwerte		sign. (∞)
	M VORTEST	M NACHTEST	
13. Er hat offen über seine Wünsche und Bedürfnisse gesprochen	2.20	1.83	(10 %)*
21. Er hat mir öfter mitgeteilt, wie mein Verhalten bei ihm ankam, d.h. wie er es (mich) sah und erlebte	3.12	2.50	2 %

Zwischen Vor- und Nachtest hat sich lediglich die Gruppe der männlichen Klienten bei einem Item auf dem 2 %-Signifikanzniveau verändert, und zwar haben die Klienten hier den Eindruck, daß ihr Verhalten öfter von der Partnerin angesprochen und beurteilt wird als vor der Therapie.

Bei den Weiblichen Klienten ergaben sich keine signifikanten Unterschiede.

*() = Tendenz

Zusammenfassung der Ergebnisse des Kommunikations- fragebogens:

Im KOMMUNIKATIONSFRAGEBOGEN, der sich auf das (ca. 30minütige) Gespräch bezieht, das die Klienten im Vortest und Nachtest führten, sollen die Klienten selbst ihr eigenes Verhalten und das des Partners in diesem eben geführten Gespräch beurteilen.

Ein deutlicher Unterschied zwischen den beiden Einschätzungen der Testgespräche zeigt sich für die gesamte Klientengruppe lediglich in der Beurteilung der Variablen "Selbstexploration", indem das Mitteilen von Wünschen und Bedürfnissen gestiegen ist.

Im Vergleich der beiden Altersgruppen haben sich die Klienten über 30 Jahre in der Einschätzung der Metakommunikation des Partners verändert, und zwar in der Richtung, daß sie den Partner bezüglich seines metakommunikativen Verhaltens nach der Therapie positiver einschätzen als vor der Therapie. Die Gruppe der Klienten unter 30 Jahren zeigt keine signifikanten Veränderungen.

Die Aufteilung der Gesamtgruppe in männliche und weibliche Klienten ergab, daß die männlichen Klienten ihren Eindruck, daß die Partnerin das Verhalten des Mannes öfter anspricht und mitteilt, wie es auf sie wirkt, verstärkt sahen.

Bei der Gruppe der weiblichen Klienten wurden keine signifikanten Veränderungen festgestellt.

3.1.2. Ergebnisse des NACHBEFRAGUNGSBOGENS

Dieser von uns entwickelte Nachbefragungsbogen besteht aus qualitativen und quantitativen Daten (vgl. S.166), die hier zunächst getrennt betrachtet werden.

3.1.2.1. Quantitative Ergebnisse des NACHBEFRAGUNGSBOGENS

Der quantitative Teil des Fragebogens bezieht sich auf Veränderungen der eigenen Kommunikation des Klienten. Mit diesen Items sollen speziell die Veränderungen in den angestrebten definierten Zielbereichen erfragt werden. Die Ergebnisse sind im Anhang (Tab.3, S.81) einzeln dargestellt und lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- Die Klienten haben den Eindruck, nach der Therapie ihrem Partner besser mitteilen zu können, wie ihnen zumute ist und was sie denken (Item 1). Ebenso ist das Äußern von Wünschen und Bedürfnissen gestiegen (Item 2). Dies entspricht einer Verbesserung im Klientenzielbereich I: "Sich selber besser mitteilen können".
- Nach der Therapie verstärkt sich der Versuch, zu verstehen, was den Partner beschäftigt und ihm mitzuteilen, was verstanden wurde (Item 5). Die Klienten bemühen sich stärker, durch Nachfragen herauszufinden, was den Partner beschäftigt, wenn "ich ihn nicht verstehe" (Item 6). Diese beiden Punkte enthalten die Variablen VERBALISIERUNG und NACHFRAGEN/KLÄREN des zweiten Zielbereiches "Auf den anderen eingehen".

- Hinsichtlich des dritten Zielbereiches "Metakommunikation" glauben die Klienten ihrem Partner eher mitteilen zu können, wie sein Verhalten bei ihnen ankommt, das heißt wie sie es sehen und erleben (Item 7). Sie sind eher in der Lage, ihrem Partner mitzuteilen, wenn ihnen in der gemeinsamen Kommunikation etwas negativ oder positiv auffällt (Item 8).
- Auch in dem implizit angestrebten Bereich der Eindeutigkeit und Konkretheit geben die Klienten nach der Therapie eine Verbesserung gegenüber der Zeit vor der Therapie an, indem sie sich eindeutig und für den Partner annehmbar ausdrücken (Item 3) und ihm direkt und konkret sagen, was sie beschäftigt.

Diese quantitativen Ergebnisse des NACHBEFRAGUNGSBOGENS sprechen für die Annahme: "die Klienten schätzen sich nach der Therapie so ein, daß sie neues bzw. besseres Kommunikationsverhalten im Sinne der angestrebten Ziele dazugelernt haben".

3.2.2.2. Qualitative Ergebnisse des NACHBEFRAGUNGSBOGENS

Veränderungen im Kommunikationsverhalten:

KATEGORIE 1: "Sich selber besser mitteilen können"

In diesem Zielbereich geben sieben Klienten eine Verbesserung in der Beziehung zu ihrem Partner an (Frage 1). Sie sprechen mit dem Partner offener

über ihre eigenen Probleme, legen mehr Wert darauf, ihre Wünsche und Meinungen durchzusetzen, was ihnen auch in ruhigerem Ton gelingt; sie können sich insgesamt besser artikulieren und versuchen eher, ihre Gefühle darzustellen; dies betrifft auch Themen, die vor der Therapie 'tabu' waren.

Insgesamt 8 Klienten empfinden sich deutlich offener und 'beziehungsbereiter' für Dritte (Frage 2). Dies erstreckt sich, von dem einfachen Eindruck, Fremden, Freunden und Nachbarn gegenüber freier und offener geworden zu sein bis hin zu größerem Mut, auch intime Außenbeziehungen einzugehen. Weiterhin geben sie an, daß es ihnen in schon bestehenden Beziehungen jetzt leichter fällt, über eigene Probleme zu reden, sowie Wünsche und Bedürfnisse durchzusetzen. Dies wird mehrfach durch die Erfahrung, sich ändern zu können, begründet.

KATEGORIE 2: "Auf den anderen eingehen können":

- a) Mit dem Ziel, die Gefühle des Partners besser zu verstehen

11 Klienten berichten hier über das verstärkte Bemühen, sich auf die Bedürfnisse des Partners einzustellen, besser zuzuhören und sich öfter selbst in die Situation des Partners hineinzuversetzen, z. B. zu verstehen, welche Bedeutung Zärtlichkeit für den Partner hat. Daraus resultiert auch mehr Einsicht in das Verhalten des Partners.

- b) Mit dem Ziel, für Probleme und Konfliktsituationen konstruktive Lösungen zu finden.

Hierüber berichten insgesamt 24 Klienten, mit der Angabe, 'Konfliktsituationen' besser bewältigen zu können. Sie sehen mehr Lösungsmöglichkeiten und geraten

nicht so schnell aus der Fassung bei Konflikten; außerdem empfinden sie sich kompetenter in der Abklärung von unterschiedlichen Bedürfnissen in Konfliktsituationen.

3 Klienten erwähnen in diesem Zusammenhang eine Abnahme von Streit; lediglich ein Klient gibt an, daß sich das Verhalten in Streitgesprächen verschlechtert hat. Auch in ihrem Verhalten Dritten gegenüber geben Klienten an, daß es ihnen gelingt, die Probleme anderer besser zu verstehen und sie sich bemühen, sich mehr in andere hineinzusetzen, z. B. auch für die eigenen Kinder mehr Verständnis aufbringen, sowie für die Probleme in anderen Beziehungen.

KATEGORIE 3: "Über die Kommunikation selbst reden können"

Unter diesen Zielbereich fallen die Angaben der Klienten, die sich auf erhöhte Sensibilität für Kommunikationsabläufe beziehen. 7 Klienten sind vor allem aufmerksamer geworden, was ihre Kommunikation mit dem Partner und Dritten betrifft (Frage 2), auch für die Kommunikationsabläufe zwischen anderen Personen. Der Kommunikationsablauf als solcher ist ihnen bewußter geworden, sie merken eher, z. B. wenn sie jemandem ins Wort fallen. Eine Klientin schreibt z. B. dazu: "Es 'klickt' sehr viel schneller der Gedanke ein: Achtung! Partner ernst nehmen".

KATEGORIE 4: Häufigeres Miteinander - Reden:

Ein weiteres Kommunikationsverhalten, das eng mit den gesteckten Zielen in Zusammenhang zu sehen ist, besteht in der gesteigerten Häufigkeit des 'Miteinander-Redens'. 4 Klienten schildern hier, daß sie nach der Therapie öfter aktiv den Versuch unternehmen, ein Gespräch über Probleme in Gang zu setzen

bzw. auch häufiger das Bedürfnis nach solch einem Gespräch zu artikulieren.

Bei der Frage nach sonstigen Veränderungen (Frage 3) fällt auf, daß die Klienten hier auch noch einmal deutlich auf Veränderungen in ihrer Kommunikation hinweisen, die inhaltlich den o. g. entsprechen.

Z u s a m m e n f a s s e n d können wir sagen:

Die Ergebnisse der acht Items des quantitativen Teils des NACHBEFRAGUNGSBOGENS, in dem die Klienten nach einer positiven Veränderung jeder einzelnen Kommunikationsvariable gefragt werden, sprechen dafür, daß die Klienten subjektiv eine Verbesserung ihres Verhaltens in allen diesen Variablen wahrnehmen. Am deutlichsten hat sich eine Verbesserung in den Variablen SELBST-EXPLORATION (Item 1) und NACHFRAGEN/KLÄREN (Item 6) abgezeichnet.

Die qualitativen Aussagen der Klienten bestätigen diese Ergebnisse.

3.2. Objektive Einschätzung des Kommunikationsverhaltens der Klienten durch Fremdbeurteilung

Da wir aus den Testgesprächen der Klienten und aus den Therapiekontakten unterschiedliche Arten von Daten vorliegen haben (in den Testgesprächen reden nur die beiden Klienten, in den Therapiekontakten die Klienten und die Therapeuten), wollen wir bei der Auswertung Testgespräche und Therapiekontakte zunächst getrennt betrachten, und am Ende die Veränderung bezüglich jeder einzelnen Variablen über alle Erhebungszeitpunkte zusammenfassen.

3.2.1 Veränderungen des Kommunikationsverhaltens der Klienten im Vortest und Nachtest

Wir prüfen hier die Veränderungen in der Häufigkeit der Äußerungen, die einer Variablen zugeordnet werden und in der Intensität, die mit der Höhe des Skalenwertes berechnet wird.

3.2.1.1 Veränderungen in den Häufigkeiten der Klientenäußerungen

Um zu klären, ob die absoluten Häufigkeiten der einzelnen Variablen miteinander verglichen werden können, oder ob sie jeweils in Relation zur Gesamtzahl der eingeschätzten Äußerungen betrachtet werden müssen, untersuchen wir zunächst, ob sich die Anzahl der insgesamt eingeschätzten Äußerungen im Vortest und Nachtest signifikant unterscheidet.

Tab. 21 : Häufigkeit der Klientenäußerungen, die insgesamt den 5 Zielbereichsvariablen zugeordnet wurden im Vortest- und im Nachtestgespräch

Zeitpunkt	Mittelwerte	Streuungen	t-Wert	sign.
Vortest	42.58	20.20	0.84	-
Nachtest	45.46	16.82		

Wie Tab. 21 zeigt, können die Äußerungen, die den Skalen zugeordnet wurden, in ihrer absoluten Häufigkeit in die weitere Rechnung eingehen, da keine signifikanten Unterschiede in der Anzahl der insgesamt eingeschätzten Äußerungen besteht.

Ob sich die Häufigkeit hinsichtlich der einzelnen Variablen signifikant unterscheidet, wird mit dem t-Test geprüft:

Tab. 22 : Häufigkeitsvergleich der einzelnen Variablen im Vortest (1) und Nachtest (2); t-Test, zweiseitig

Variablen	Mittelwerte	Streuungen	t-Wert	sign.
"Selbstexploration"	M ₁ = 36.36	s ₁ = 16.47	t=0.05	n.s.
	M ₂ = 36.20	s ₂ = 12.59		
"Wünsche Äußern"	M ₁ = 6.61	s ₁ = 4.85	t=3.34	0.5%
	M ₂ = 11.16	s ₂ = 6.60		
"VEE"	M ₁ = 9.02	s ₁ = 5.30	t=1.22	n.s.
	M ₂ = 10.34	s ₂ = 8.81		
"Nachfragen/ Klären"	M ₁ = 41.17	s ₁ = 19.03	t=1.12	n.s.
	M ₂ = 44.49	s ₂ = 19.92		
"Metakommunikation"	M ₁ = 9.08	s ₁ = 5.23	t=2.86	1.0%
	M ₂ = 13.01	s ₂ = 6.75		

Laut Tabelle 22 lassen sich im Vergleich von Vortest und Nachtest hinsichtlich der Häufigkeit eines bestimmten Kommunikationsverhaltens signifikante Unterschiede bei den Variablen "Wünsche Äußern" und "Metakommunikation" feststellen.

3.2.1.2 Veränderungen in den Skalenwerten

Das durchschnittliche Skalenniveau wurde mit dem t-Test auf signifikante Unterschiede geprüft.

Entsprechend der Definition unserer Skalenstufen setzen wir als Kriterium, daß die Klientenvariablen mit einer durchschnittlichen Skalenstufe von mindestens 2.00 eingeschätzt werden müssen, um von einem angemessenen Auftreten des Merkmals sprechen zu können (S.190).

Ein Mittelwert, der ein durchschnittliches Skalenniveau von (+) 2.00 nicht erreicht, würde hier bedeuten, daß diese Variable nur knapp in Ansätzen aufgetreten ist und wir somit nicht von einer ausreichenden, deutlichen Verwirklichung dieses Merkmals sprechen können.

In Tabelle 23 sind die Ergebnisse der Mittelwertsvergleiche dargestellt:

Tab. 23 : Vergleich der im Vortest (1) und Nachtest (2) erreichten Skalenwerte;
t-Test; zweiseitig

Variable	Mittelwerte		Streuungen		t-Wert	sign.
	M ₁	M ₂	s ₁	s ₂		
Selbstexploration	2.10	2.08	0.39	0.44	0.24	-
Wünsche äußern	1.16	1.12	0.19	0.14	0.80	-
VEE	1.53	1.67	0.78	0.61	0.84	-
Nachfragen/Klären	2.09	2.16	0.38	0.42	0.77	-
Metakommunikation	1.38	1.54	0.30	0.35	1.94	7 %

Dem o.g. Kriterium entsprechen lediglich die Variablen SE und Nachfragen/Klären.

Der Vergleich zeigt, daß sich keine signifikanten Unterschiede zwischen Vortest und Nachtest in der Höhe des Skalenwertes ergeben.

Lediglich bei der Variablen "Metakommunikation" zeigt sich ein tendenzieller Unterschied (7 %) zwischen Vortest und Nachtest.

3.2.2. Verlaufsanalysen über die einzelnen Therapiekontakte

Um die Frage zu beantworten, ob sich das Klientenverhalten im Verlaufe der Therapie verändert, werden für jede Variable die Mittelwertsunterschiede zwischen den einzelnen Therapiekontakten geprüft.

Wir berechnen hier das durchschnittliche Skalenniveau für die einzelnen Variablen. Eine gesonderte Prüfung der Veränderungen in den Häufigkeiten wird hier nicht vorgenommen, da es uns hauptsächlich um die Intensität der Klientenmerkmale geht.

Tabelle 24 : Mittelwerte (M) und Streuungen (s) des Skalenniveaus pro Variable für jeden untersuchten Therapiekontakt. Die Skalen sind 5-stufig (Stufe 0-4).

Zeitpunkt	SE		WÜ		VEE		N/K		META	
	M	s	M	s	M	s	M	s	M	s
2. Kontakt	3.07	.29	1.72	.69	2.57	1.04	2.20	.70	2.30	.49
4. Kontakt	3.03	.35	1.67	.65	2.24	.94	1.94	.61	2.14	.28
6. Kontakt	2.96	.36	1.89	.72	2.36	.90	1.99	.65	2.08	.40
8. Kontakt	2.94	.33	1.80	.86	2.30	1.02	2.25	.58	1.79	.53
11. Kontakt	2.89	.22	1.78	.84	2.69	1.05	2.42	.49	1.67	.42

Wir haben durch einen Mittelwertsvergleich mit dem t-Test untersucht, ob die Unterschiede in den einzelnen Erhebungszeitpunkten signifikant ausfallen; die Ergebnisse sind in Tabelle 25 dargestellt.

Tab. 25 : Überprüfung von Mittelwertsdifferenzen der Klientenvariablen hinsichtlich der einzelnen Therapiekontakte; t-Test, zweiseitige Testung

Therapie- kontakt	SE		WÜ		VEE		N/K		META	
	t-Wert	sign.	t-Wert	sign.	t-Wert	sign.	t-Wert	sign.	t-Wert	sign.
2./4.	0.52	-	0.31	-	1.32	-	0.92	-	0.79	-
2./6.	1.10	-	0.72	-	0.54	-	0.50	-	1.02	-
2./8.	1.06	-	0.31	-	1.09	-	0.17	-	1.68	-
2./11.	1.80	10%	0.50	-	0.57	-	1.22	-	2.47	5%
4./6.	0.48	-	0.14	-	0.63	-	0.40	-	0.27	-
4./8.	0.55	-	0.62	-	0.05	-	0.06	-	1.00	-
4./11.	1.14	-	0.67	-	2.29	5%	1.90	10%	1.40	-
6./8.	0.25	-	0.49	-	0.59	-	0.75	-	0.69	-
6./11.	0.67	-	0.31	-	1.08	-	1.02	-	1.03	-
8./11.	0.42	-	0.07	-	1.99	10%	1.04	-	0.32	-

Zum Klientenzielbereich I: "Sich selber mitteilen können"

Im Klientenzielbereich I, der die beiden Variablen "Selbstexploration" und "Wünsche äußern" enthält, zeigen sich keine bedeutsamen Unterschiede in den einzelnen untersuchten Zeitpunkten. Eine Veränderung in diesem Kommunikationsverhalten ist statistisch nicht gesichert.

Wie aus Tab. 14 ersichtlich, ist für die Variable SELBSTEXPLORATION kein deutlich signifikanter Unterschied in den einzelnen Erhebungszeitpunkten nachzuweisen. Die Differenz zwischen dem 2. und dem 11. Therapiekontakt auf einem Signifikanzniveau von 10 % kann lediglich als Tendenz betrachtet und somit nicht interpretiert werden.

Die Werte der Variable WÜNSCHE ÄÜßERN sind ebenfalls nicht interpretierbar, da die Variable unter einem durchschnittlichen Skalenwert von 2.00 liegt. Das bedeutet, daß dieses Merkmal nur "ansatzhaft" realisiert wurde. Auch bei diesen niedrigen Werten ergeben sich keine bedeutsamen Unterschiede in den einzelnen Gesprächen.

Zum Klientenzielbereich II: "Auf den anderen eingehen können"

Beim Klientenzielbereich II, der die Variable "Verbalisierung emotionaler Erlebnisinhalte" und "Nachfragen/Klären" beinhaltet, kann ebenfalls nicht von einer ansteigenden Verwirklichung gesprochen werden.

Hinsichtlich der Variable "Verbalisierung emotionaler Erlebnisinhalte" ist der Mittelwertsunterschied zwischen dem vierten und elften Kontakt auf dem 5 %-Niveau signifikant, wohingegen der Unterschied zwischen dem achten und dem elften Kontakt nur der Tendenz nach besteht (10 %-Niveau).

Zum Klientenzielbereich III: "Über die Kommunikation selbst reden können"

Auch der dritte Klientenzielbereich, der durch die Variable "Metakommunikation" definiert ist, entspricht nicht der in der Hypothese aufgestellten Annahme.

Die Variable "Metakommunikation" wird von den Klienten - entgegen der Annahme in Hypothese 3.2. - im letzten Therapiekontakt auf dem 5 %-Niveau signifikant niedriger verwirklicht als im zweiten Kontakt.

Insgesamt ist die qualitative Ausprägung der einzelnen Variablen im Therapieverlauf als relativ niedrig zu bewerten. Es kann nicht bei jedem Therapiekontakt von einer deutlichen Verwirklichung aller Merkmale gesprochen werden.

Die Annahme, daß das Kommunikationsverhalten der Klienten im Verlaufe der Therapie positive Veränderungen aufweist (Hypothese 3.3.), muß aufgrund der Ergebnisse verworfen werden.

3.2.3. Realisierung der Klientenvariablen durch einzelne Untergruppen (differenziert nach Geschlecht und Alter)

Um festzustellen, ob geschlechtsspezifische Unterschiede bei der Realisierung der Variablen vorhanden sind, haben wir den durchschnittlichen Verwirklichungsgrad der einzelnen Variablen durch die männlichen bzw. weiblichen Klienten berechnet und mit dem t-Test für unabhängige Stichproben auf signifikante Unterschiede hin untersucht.

Die Werte sind im Anhang, S.82 dargestellt. Es lassen sich insgesamt keine bedeutsamen signifikanten Differenzen zwischen den weiblichen und männlichen Klienten hinsichtlich der Variablen "Selbstexploration", "Wünsche Äußern", "Verbalisierung", "Nachfragen/Klären" und "Metakommunikation" feststellen.

Wir können somit davon ausgehen, daß der Einfluß der integrativen Partnertherapie auf beide Teilgruppen ähnlich ist, bzw. für beide Gruppen kein Einfluß nachgewiesen werden konnte.

Die Untersuchung auf signifikante Unterschiede bezüglich der Altersgruppen (über 30 Jahre/unter 30 Jahre) fand ebenfalls mit dem t-Test für unabhängige Stichproben statt.

Wie aus Tabelle 5 (s. Anhang, S.83) ersichtlich, ergeben sich auch bei der Differenzierung nach Altersgruppen keine signifikanten Unterschiede.

Zusammenfassung der Ergebnisse zur Fremdeinschätzung des Klientenverhaltens

Laut Hypothese 3.2. und 3.3. wollen wir feststellen, inwieweit sich durch Fremdeinschätzung Veränderungen im Kommunikationsverhalten der Klienten feststellen lassen.

Anahnd des t-Test wurden Mittelwertunterschiede auf Signifikanzen hin überprüft.

Die in Hypothese 3.2. formulierte Annahme, daß sich das Kommunikationsverhalten der Klienten zwischen vor und Nachtest derart verändert, daß die Variablen nach der Therapie häufiger und mit durchschnittlich höherem Skalenwert verwirklicht werden, kann nicht bestätigt werden.

Insgesamt lassen sich nur wenige statistisch bedeutsame Ergebnisse aufzeigen, die nicht ausreichen, um von einer Verbesserung des Kommunikationsverhaltens zu sprechen:

Die Klienten setzen im Nachtestgespräch das Merkmal "Wünsche - Äußern" und "Metakommunikation" signifikant häufiger ein als im Vortestgespräch.

Was den durchschnittlichen Skalenwert betrifft, lassen sich keine Veränderungen zwischen Vor- und Nachtest feststellen.

Die Hypothese 3.3., die beinhaltet, daß sich das Kommunikationsverhalten der Klienten im Verlaufe der Therapie qualitativ bessert, muß ebenfalls verworfen werden. Das einzig signifikante Ergebnis betrifft die Variable "Metakommunikation", die e n t g e g e n g e s e t z t der Annahme der Hypothese, im elften Kontakt signifikant niedriger verwirklicht wird als im zweiten Kontakt der Therapie.

Die Untersuchung von Untergruppen zeigt, daß sich insgesamt keine bedeutsamen Differenzen sowohl für die Gruppierung in männliche und weibliche Klienten als auch für unterschiedliche Altersgruppen (über 30 Jahre und

unter 30 Jahre) ergeben.

3.3. Interpretation der Ergebnisse zur Veränderung des Kommunikationsverhaltens der Klienten (Hypothese 3)

Als wichtigstes Ergebnis muß hier festgehalten werden:

Die Klienten haben subjektiv eine Verbesserung ihres Kommunikationsverhaltens erfahren, das aktuelle Kommunikationsverhalten der Klienten hat sich jedoch, durch fremde Beurteiler eingeschätzt, nicht verändert. Beim Vergleich der Rating- mit den Fragebogendaten überrascht es auch, daß beim NACHBEFRAGUNGSBOGEN in jeder einzelnen Variable von den Klienten eine Verbesserung angegeben wird. Bei dem NACHBEFRAGUNGSBOGEN handelt es sich um ein sehr grobes Instrument, so daß wir nicht von statistisch abgesicherten Veränderungen sprechen, sondern lediglich Tendenzen aufzeigen können. Dennoch wollen wir auf diese Ergebnisse näher eingehen, weil sie uns Hinweise für weitere Untersuchungen liefern können.

Für die Diskrepanzen in der Fremd- und Selbsteinschätzung des Kommunikationsverhaltens haben wir keine nachweisbare Begründung. Trotzdem veranlassen die vorliegenden Daten zu einigen Spekulationen:

- Eine Ursache für den Unterschied in der Selbst- und Fremdeinschätzung könnte in der Art der Skalen zur Fremdbeurteilung liegen, die möglichst exakt versuchen, ein sehr eng umschriebenes Merkmal zu erfassen. Anlaß zu dieser Annahme gibt das generell eher niedrige Skalenniveau, das sowohl bei den Therapeuten-Variablen als auch bei den Klienten-Variablen auffällt. Die Skalen sind - fünfstufig -

von Stufe 0 bis 4 so konzipiert, daß bei Stufe 4 die maximale Ausprägung des Merkmals vorhanden sein muß, eine Einschätzung, die von den Beurteilern nur mit sehr großem Zögern vergeben wurde. So könnte einerseits angenommen werden, daß die Skalen in ihren einzelnen Stufendefinitionen zu wenig differenzieren oder andererseits, was aufgrund der Erfahrung beim Rating realistischer scheint, die zu erfassende Kommunikationsvariable zu isoliert und eng definiert war, um die Veränderungen im Gespräch tatsächlich zu erfassen.

- Ein weiterer Grund könnte in der kleinen Kommunikationseinheit, die es jeweils zu beurteilen galt, liegen. Es wurden nur einzelne Äußerungen eingeschätzt; dadurch konnte eventuell der Zusammenhang bzw. der gesamte Gesprächsverlauf nicht ausreichend mitberücksichtigt werden.

Wir können daher annehmen, daß unser Versuch, mit möglichst exakten Skalen kleine Kommunikationseinheiten zu erfassen, der Komplexität der Kommunikationssituation in der PARTNERTHERAPIE nicht gerecht wird. Für weitere Untersuchungen erscheint es uns daher sinnvoll, größere Gesprächseinheiten zu untersuchen. Dies würde zwangsläufig auch auf eine inhaltliche Erweiterung der Skalen hinauslaufen.

- Das Fehlen von nachweisbaren Veränderungen in der erwünschten Richtung könnte jedoch auch mit der Auswahl der Variablen zusammenhängen. Es scheint möglich, daß sich zunächst andere Variablen verändern, bevor sich die Veränderungen in exakter SELBSTEXPLORATION, METAKOMMUNIKATION usw. niederschlagen. So gibt es z. B. Hinweise darauf, daß Klienten ohne ausgeprägte Selbstexploration erhebliche konstruktive Änderungen durch Gesprächspsychotherapie aufweisen (BOMMERT, 1971). Als zusätzliches Argument könnte noch die Dauer der Therapie angeführt werden. Die Zeit von zwölf Wochen ist eventuell für derartige Veränderungen zu kurz.

Das der Fremdbeurteilung entgegengesetzte Ergebnis des NACHBEFRAGUNGSBOGENS könnte auf folgende Bedingungen zurückzuführen sein:

- Die Klienten sollten in diesem Fragebogen ihr Kommunikationsverhalten insgesamt gesehen einschätzen, wohingegen die Fremdbeurteiler nur einzelne Äußerungen eines Gesprächsausschnittes zur Verfügung hatten. Dies könnte auch für die Unterschiede zwischen dem KOMMUNIKATIONSFRAGEBOGEN und dem NACHBEFRAGUNGSBOGEN sprechen: im KOMMUNIKATIONSFRAGEBOGEN sollten die Klienten ihr Verhalten einschätzen, das sich auf das eben geführte Gespräch bezieht. Viele Klienten fühlten sich zum Teil schon allein durch diese Aufgabenstellung überfordert. Dadurch wird die Annahme verstärkt, daß es notwendig erscheint, dyadische Kommunikationsverhalten in umfassenderem Kontext zu beurteilen.
- Mit den Items im Fragebogen wurde versucht, ein für für die jeweilige Variable charakteristisches Verhalten für die Klienten verständlich zu formulieren. Die einzelnen Fragen konnten wahrscheinlich der Komplexität der Kommunikation eher gerecht werden als die Definitionen der Skalenstufen.
- Eine weitere Erklärung für den Unterschied der Fremd- und Selbsteinschätzung des Kommunikationsverhaltens könnte auch sein, daß ein subjektives Empfinden der Veränderung einer tatsächlichen Veränderung im Verhalten vorausgeht.

Ob das jedoch der Fall ist oder ob sich die Veränderung im Verhalten zwar niedergeschlagen hat, jedoch mit den benutzten Instrumenten nicht erfaßt werden konnte, kann im Rahmen dieser Untersuchung nicht geklärt werden.

Die Selbsteinschätzung weist allgemein einige Mängel auf, wie zum Beispiel, daß die Klienten in Richtung sozialer Erwünschtheit antworten könnten u. ä. (vgl. HARTIG, 1975). Einen Vorteil der Selbsteinschätzung gegenüber der Fremdeinschätzung sehen wir jedoch darin, daß hier nicht nur die Therapie- und Test-situationen miteingehen, die im Grunde als Ausnahme-situationen bezeichnet werden müssen, sondern daß auch die Kommunikation außerhalb der Therapie erfaßt wird. Dies könnte auch ein Hinweis auf die Generalisierung bestimmter Kommunikationsweisen sein.

4. Ergebnisse der Follow-up-Erhebung

Mit den Daten der Follow-up-Erhebung soll die Stabilität der Veränderungen über einen Zeitraum von drei Monaten nach Beendigung der Therapie untersucht werden (Hypothese 4).

Außerdem wollen wir feststellen, ob sich zum Zeitpunkt der Follow-up-Erhebung gegenüber dem Zeitpunkt zu Beginn der Therapie Veränderungen erkennen lassen, die sich beim Nachtest nicht feststellen ließen. Wir wollen hiermit also sog., eventuell auftretenden Spätfolgen erfassen.

Analog dem Vorgehen beim Vortest und Nachtest haben wir folgende Messungen vorgenommen:

Zur Selbsteinschätzung wurde den Klienten der PARTNERSCHAFTSFRAGEBOGEN (vgl. S.163) und der KOMMUNIKATIONSFRAGEBOGEN (vgl. S.165) vorgelegt.

Zusätzlich erhielten die Klienten einen FOLLOW-UP-FRAGEBOGEN, um die subjektive Beurteilung des Therapieerfolges im Nachhinein noch einmal zu erfassen.

Zur Fremdeinschätzung des Kommunikationsverhaltens wurde der 'Kommunikationstest' durchgeführt, der aus einem ca. 30 minütigen Gespräch der Klienten untereinander bestand (vgl. S.171) und von unabhängigen Ratern eingeschätzt wurde.

Es konnten alle Klienten, die an der Therapie teilnahmen, in die Follow-up-Erhebung miteinbezogen werden, so daß die Follow-up-Daten mit den Vortest- und Nachtest-Daten vergleichbar sind.

Die Entscheidung über die Stabilität der Veränderungen wird mit dem Vergleich der Nachtest mit den Follow-up-Daten getroffen. Die Frage nach eventuellen Spät-

folgen wird anhand des Vergleichs der Vortest- zu den Follow-up-Daten beantwortet.

4.1. Ergebnisse der Selbsteinschätzung

PARTNERSCHAFTSFRAGEBOGEN

Zwischen Vortest und Nachtest ergaben sich bei insgesamt 10 Items des Partnerschaftsfragebogens signifikante Veränderungen in positive Richtung.

Die Analyse der Follow-up-Daten zeigt folgende Ergebnisse:

Vergleich von Nachtest und Follow-up:

Bei sieben der zehn Items, die sich zwischen Vortest und Nachtest verändert hatten, zeigten sich keine bedeutsamen Unterschiede (vgl. Tab. 26, S. 258). Das bedeutet, daß diese Veränderungen über einen Zeitraum von drei Monaten nach der Therapie als stabil betrachtet werden können.

Signifikante Veränderungen zeigen sich in 13 weiteren Items. Davon weisen 3 Items in positive, 10 Items in negative Richtung.

Vergleich von Vortest und Follow-up:

Gegenüber dem Vortest treten zum Zeitpunkt Follow-up Veränderungen in insgesamt 13 Items auf.

Über die Vortest/Nachtest-Veränderungen hinaus zeigen sich signifikante Unterschiede in 8 weiteren Items. Davon weisen 3 Items in positive, 5 Items in negative Richtung.

Tab. 26: Vergleich von Nachtest (2)/Follow-up (3) und Vortest (1)/F.- u. der Antworten im Partnerschaftsfragebogen; WILCOXON-Test, zweiseitig

	NACHTEST / FOLLOW-UP			VORTEST / FOLLOW-UP			
	MITTELWERTE			MITTELWERTE			
ITEM	M ₂	M ₃	sign.(α)	M ₁	M ₃	sign. (α)	
BEZIEHUNGSTEIL	1	3.66	3.66	-	3.64	3.66	-
	2	2.93	2.95	-	3.40	2.95	-
	3	3.84	3.68	-	3.87	3.68	-
	4	2.90	3.34	2 %	3.14	3.34	-
	5	3.40	3.67	-	3.40	3.67	-
	6	3.74	3.50	-	3.66	3.50	-
	7	3.00	3.22	-	3.38	3.22	-
	8	3.68	3.60	-	2.88	3.60	0.1 %
	9	3.62	3.34	-	3.28	3.34	-
	10	2.40	2.92	0.5%	2.74	2.92	-
	11	2.66	2.58	-	3.00	2.58	2%
	12	2.18	2.56	1 %	2.00	2.56	0.5 %
	13	2.26	2.70	1 %	2.16	2.70	0.5 %
	14	2.26	2.92	0.1%	2.60	2.92	-
	15	2.48	3.14	0.1%	2.52	3.14	-
	16	2.28	2.96	0.1%	3.26	2.96	-
	17	2.43	3.43	0.1%	3.20	3.43	-
PROBLEMTTEIL	1	3.56	3.56	-	3.32	3.56	-
	2	3.48	3.38	-	2.68	3.38	0.1 %
	3	4.44	4.42	-	4.64	4.42	-
	4	4.38	4.34	-	4.56	4.34	-
	5	2.94	2.92	-	2.36	2.92	1 %
	6	3.08	3.06	-	2.86	3.06	-
	7	2.72	2.88	-	2.36	2.88	5 %
	8	3.20	3.16	-	3.08	3.16	-
	9	4.16	3.94	5 %	4.22	3.94	5 %
	10	2.90	3.10	-	2.86	3.10	-
	11	2.74	2.84	-	2.78	2.84	-
	12	3.68	3.28	1 %	3.50	3.28	-
	13	4.42	4.08	1 %	4.60	4.08	1 %
	14	4.42	4.26	-	4.46	4.26	-
	15	3.64	4.12	1 %	3.70	4.12	5 %
	16	4.04	4.12	-	3.80	4.12	-
	17	3.86	3.54	5 %	3.78	3.54	-
	18	4.30	4.26	-	4.20	4.26	-
	19	3.76	3.88	-	3.98	3.88	-
	20	4.72	4.34	1 %	4.80	4.34	0.5%
	21	4.30	4.36	-	4.28	4.36	-
	22	4.12	4.08	-	3.76	4.08	5 %
	23	4.08	4.08	-	3.94	4.08	-
	24	3.80	3.96	-	3.98	3.96	-
	25	2.98	3.32	5 %	3.30	3.32	-
	26	3.51	3.69	-	3.40	3.69	-
	27	2.94	3.40	1 %	2.88	3.40	5 %
	28	3.28	3.54	-	3.34	3.54	-

KOMMUNIKATIONSFRAGEBOGEN

Während des Therapiezeitraums zeigten sich im Kommunikationsfragebogen lediglich bei einem Item, das sich auf die Selbstexploration der Klienten bezieht, ein signifikanter Unterschied.

Der Vergleich zwischen Nachtest und Follow-up zeigt keine signifikanten Unterschiede, so daß die erhöhte Selbstexploration hier als stabil angesehen werden kann. (s. Anhang, Tab. 6, S. 84).

Ein Vergleich der Vortest und Follow-up-Daten ergab keine bedeutsamen Unterschiede.

FOLLOW-UP-FRAGEBOGEN

Dieser Fragebogen wurde bei der Follow-up-Sitzung den Klienten zusätzlich zum Partnerschaftsfragebogen und zum Kommunikationsfragebogen vorgelegt, um hier noch einmal die Stabilität der im NACHBEFRAGUNGSBOGEN angegebenen Veränderungen zu erfragen. Er ist so aufgebaut, daß die offenen Fragen des NACHBEFRAGUNGSBOGENS hier zu geschlossenen Fragen mit vorgegebenen Antwortmöglichkeiten und somit quantifizierbaren Daten umgewandelt sind (Anhang, S. 105). Die einzelnen Ergebnisse sind im Anhang, S. 85 dargestellt und werden wie folgt zusammengefaßt:

- (1) Auswirkungen der Therapie auf den Klienten selbst, auf seine Beziehung zum Partner und sein Verhältnis Dritten gegenüber:

Auf die Frage, wieviel ihnen, insgesamt gesehen die Therapie genützt hat, antworten die Klienten im Durchschnitt mit "viel" (Item 1). Die Beziehung zum Partner hat sich durch die Therapie eher verbessert, das Verhältnis Dritten gegenüber hat sich, jedoch nur gering zum Positiven verändert, wohingegen die Frage nach der Verbesserung des persönlichen Befindens im Durchschnitt mit "unentschieden" beantwortet wurde. Ebenso konnte der Eindruck, ob sich seit Beendigung der Therapie die Beziehung noch verbessert hat, nicht eindeutig beantwortet werden.

- (2) Veränderungen bezüglich konkreter Schwierigkeiten

Die konkreten Schwierigkeiten, die der Grund dafür waren, daß sich die Klienten zur Therapie entschlossen hatten, konnten sie durch die Therapie

nur geringfügig besser in den Griff bekommen. Hin-
gegen wird durchschnittlich eher bejaht, daß ihnen
bestimmte Schwierigkeiten in ihrer Beziehung durch
die Therapie bewußter geworden sind (Item 3).

(3) Anmerkungen zur Art der Therapie:

Es zeigt sich, daß die Klienten im Durchschnitt Be-
kannten, die in Partnerschwierigkeiten stecken,
dazu raten würden, solch eine Therapie mitzumachen
(Item 4). Ihre eigenen Erwartungen in Bezug auf
die Therapieart sehen die Klienten durchschnittlich
jedoch eher nicht erfüllt (Item 5).

Die Fragen nach Schwierigkeiten mit den Therapeu-
ten als Personen sowie die Frage nach Schwierigkei-
ten mit dem Verhalten des Partners in der Therapie
wurden eher verneint (Item 6) und (Item 7). Die
Anzahl von 12 Therapiesitzungen wird vom Durch-
schnitt der Klienten sehr deutlich als "zu wenig" be-
zeichnet (Item 8).

Die Ergebnisse des Follow-up-Fragebogens bestätigen
die Annahme, daß die Verbesserung der Beziehung zwischen
den Partnern als stabil wahrgenommen wird. Die Klien-
ten schätzen die Wirkung der Therapie auch längerfristig
als positiv ein.

Bei den Antworten zur Frage 3 überrascht, daß die Klien-
ten solch eine Partnertherapie weiterempfehlen würden,
obwohl sie ihre eigenen Erwartungen eher nicht erfüllt
sahen.

Auf diesen Zusammenhang könnte in weiteren Untersuchen-
gen näher eingegangen werden. Hier ist an dieser Stelle
nur eine Spekulation möglich: Es ist denkbar, daß das
Erlebnis, sich auf diese Weise intensiv mit der Part-
nerschaft zu beschäftigen, für sich einen positiven
Wert hat und eine so wesentliche Erfahrung ist, daß
sie diese allein weiterempfehlen können.

Im Vergleich der Antworten 1 und 2 fällt außerdem auf, daß die Klienten angeben, die Therapie habe ihnen "viel" genützt, daß sie jedoch konkrete Schwierigkeiten nicht in den Griff bekommen haben, ihnen allerdings Probleme in der Partnerschaft "bewußter" geworden sind. Wir können daher annehmen, daß die positive Wirkung nicht vorwiegend durch die Lösung der akuten Probleme, derentwegen die Klienten zur Therapie kamen, zustande kommt, sondern eher auf andere Faktoren zurückzuführen ist.

4.2. Ergebnisse der Fremdeinschätzung

Wir prüfen hier analog dem Vortest und Nachtest die Veränderungen in den Häufigkeiten, die einer Variablen zugeordnet werden, und Veränderungen in der Höhe des Skalenwertes. (Hypothese 4.2.).

Ein Vergleich der absoluten Häufigkeiten von Vortest und Follow-up sowie von Nachtest und Follow-up zeigt keine signifikanten Unterschiede in der absoluten Anzahl der Äußerungen, so daß ein Vergleich der Häufigkeiten für die einzelnen Variablen möglich ist (s. Anhang S. 85, Tab. 8).

Die Ergebnisse sind in Tabelle 9-12 (Anhang, S.86 - 88) dargestellt und lassen sich wie folgt zusammenfassen:

Ein Vergleich der Ergebnisse des Nachtests und der Follow-up-Erhebung zeigt keine bedeutsamen Unterschiede bezüglich der Häufigkeiten der einzelnen Variablen. Das bedeutet, daß die Häufigkeitszunahme von "Metakommunikation" und "Wünsche-Äußern" über einen Zeitraum von drei Monaten nach Abschluß der Therapie als stabil angesehen werden kann.

Was die Skalenwerte betrifft, erübrigt sich die Frage nach der Stabilität von Veränderungen, weil sich im Therapiezeitraum nichts verändert hat. (Ein Vergleich der Nachtest und Follow-up-Daten zeigt keine signifikanten Veränderungen).

Eine positive Veränderung von Vortest zu Follow-up ist zusätzlich zu den Vortest/Nachtest Veränderungen der Häufigkeiten bei der Variable "Verbalisierung emotionaler Erlebnisinhalte" zu verzeichnen, die jedoch ein geringeres Signifikanzniveau aufweist (7 %).

Bezüglich der Skalenwerte ergab sich eine Analyse der Vortest und Follow-up-Daten keine bedeutsamen Unterschiede, so daß auch keine Veränderungen als eventuelle Spätfolgen zu beobachten sind.

Zusammenfassung der Follow-up-Untersuchung und Interpretation

Die Hypothese 4 kann in der vorliegenden Form nicht aufrecht erhalten werden, da sich nur Teilaspekte der Hypothese bestätigen, bzw. untersuchen ließen.

- Bezüglich der subjektiven Einschätzung sind die im Therapiezeitraum erreichten Veränderungen im Partnerschaftsfragebogen über einen Zeitraum von drei Monaten nach Beendigung der Therapie hin stabil. Ein bedeutsamer Unterschied von Vortest zu Follow-up ließ sich bei 13 Items sichern.

Im Kommunikationsfragebogen kann aufgrund der therapeutischen Veränderung überhaupt nur bei einem Item von Stabilität gesprochen werden, da sich im Therapiezeitraum keine weiteren Veränderungen ergaben.

Im Follow-up-Fragebogen geben die Klienten an, daß ihnen die Therapie "viel" genützt hat, daß ihnen Schwierigkeiten in ihrer Beziehung bewußter geworden sind, obwohl sie die konkreten Schwierigkeiten, die Anlaß zur Therapie gaben, nur geringfügig besser in den Griff bekommen haben. Sie würden die Therapie weiterempfehlen, obwohl ihre eigenen Erwartungen eher nicht erfüllt wurden.

- Die Frage nach der Stabilität von Veränderungen bei der Fremdeinschätzung des Kommunikationsverhaltens konnte nur bedingt untersucht werden, da sich beim Kommunikationsverhalten im Therapiezeitraum lediglich geringe Veränderungen in den Häufigkeiten zeigten. Bezüglich der Skalenwerte erübrigte sich die Berechnung der Stabilität insgesamt.

Bei der Bewertung der Follow-up Ergebnisse muß, wie bei der Überprüfung der Vortest/Nachtest Veränderungen darauf hingewiesen werden, daß die Ergebnisse eher Hinweise für weitere Untersuchungen bieten, da sie durch das Fehlen einer Kontrollgruppe nicht abgesichert werden können.

In der Follow-up-Erhebung spiegelt sich die Diskrepanz der Vortest/Nachtest-Ergebnisse wieder: Subjektiv werden positive Veränderungen noch nach drei Monaten im Anschluß an die Therapie erlebt, wohingegen sich in der Fremdbeurteilung des Kommunikationsverhaltens keine positiven Veränderungen als Spätfolgen zeigen.

Das Ergebnis des Nachbefragungsbogens läßt vermuten, daß die Klienten in der Therapie etwas erlebt haben, was ihnen die Therapie als wertvoll erscheinen läßt, unabhängig von der Lösung ihrer konkreten Probleme, die sie in die Therapie geführt haben. Näheren Aufschluß über die Diskrepanz zwischen der ausbleibenden objektiven Veränderung im Kommunikationsverhalten und dem subjektiven Erleben der Klienten könnte eventuell eine Prozeßanalyse geben, in der die subjektiv erlebten Veränderungen der Klienten festgehalten werden.

Insgesamt können wir über die Follow-up Untersuchung sagen, daß die subjektiv erlebten Veränderungen der Klienten über einen Zeitraum von drei Monaten als stabil anzusehen sind. Dieses Ergebnis verstärkt die Annahme, daß eine Therapie, die bei der Verbesserung der Kommunikation der Klienten ansetzt, eine Verbesserung der Beziehung erreichen kann.

5. ZUSAMMENFASSUNG DER ERGEBNISSE UND GESAMT- INTERPRETATION

Der Gegenstand unserer Untersuchung läßt sich grob in drei Komplexe einteilen, die dann im einzelnen weiter differenziert werden.

Es geht um die Fragestellungen,

- ob sich das entwickelte Therapiekonzept in der Praxis realisieren läßt (Hypothese 1),
- ob sich Veränderungen in der Beziehung der Klienten ergeben (Hypothese 2), und
- ob sich im Laufe der Therapie die Kommunikation der Klienten verändert (Hypothese 3).

Die Realisierung der Therapeutenvariablen:

Mit der ersten Hypothese sollte geprüft werden, ob die dem Konzept entsprechenden Variablen "Verbalisierung emotionaler Erlebnisinhalte", "Metakommunikation" und "Organisierung" konstant über den gesamten Therapieverlauf von den Therapeuten realisiert wurden (Hypothese 1). Als weitere Annahme stellten wir die Hypothese auf, daß, entsprechend der gesprächspsychotherapeutischen Basis des Konzepts, die Variable "Verbalisierung emotionaler Erlebnisinhalte" mit bedeutend höherer Intensität verwirklicht wird als die Variablen "Metakommunikation" und "Organisierung" (Hypothese 1.1.).

Die Ergebnisse zeigen, daß die drei Variablen "Verbalisierung emotionaler Erlebnisinhalte", "Metakommunikation" und "Organisierung", die mit 5-stufigen Skalen erfaßt wurden, konstant über die gesamte Therapie verwirklicht worden sind, d. h., daß keine signifikanten Unterschiede zwischen den einzelnen untersuchten Zeitpunkten bezüglich der Skalenwerte aufzuzeigen waren.

Die Variablen unterscheiden sich deutlich in ihrer Intensität (für alle Therapiekontakte zusammengefaßt): die "Verbalisierung emotionaler Erlebnisinhalte" zeigt durchgehend ein signifikant höheres Skalenniveau als "Metakommunikation" und "Organisierung". Alle Variablen erfüllen das für diese Therapie gesetzte Kriterium von einem durchschnittlichen Skalenwert (+) 1.

Was die Häufigkeit betrifft, so werden insgesamt gesehen 40 % der Äußerungen als "Verbalisierung emotionaler Erlebnisinhalte", 42 % als "Organisierung" und 18 % als "Metakommunikation" eingeschätzt.

Die Variable "Übungen" ist in diesem Sinne nicht prüfstatistisch auswertbar, so daß wir uns hier nur auf Aussagen zur Häufigkeit beziehen können. Im Durchschnitt wurde etwa in jeder zweiten Sitzung eine Übung durchgeführt. Es ließen sich, entsprechend der Häufigkeit ihres Einsatzes, drei Gruppen von Übungen herauskristallisieren. Von den insgesamt 10 zur Verfügung stehenden Übungen wurden "das Rollenspiel", der "Kontrollierte Dialog" und das "partnerzentrierte Gespräch" am häufigsten eingesetzt.

Im mittleren Drittel der gesamten Therapiezeit wurden die meisten Übungen durchgeführt.

Aufgrund dieser Ergebnisse können wir vermuten, daß eine Verbindung der genannten Variablen in der Praxis möglich ist. Wir nehmen an, daß durch die erhöhte Realisierung von "Verbalisierung emotionaler Erlebnisinhalte" das klientenzentrierte Vorgehen stärker zum Tragen kommt als die übrigen Elemente. Der häufige Einsatz der Variablen "Organisierung" kann für die Bedeutsamkeit solch strukturierender Interventionen in einer Partnertherapie sprechen. Sie wurde jedoch qualitativ sehr niedrig eingestuft.

Dies könnte verschiedene Ursachen haben, da nicht nachweisbar ist, ob die Therapeuten "Verbalisierung emotionaler Erlebnisinhalte" aufgrund ihres Trainings stärker realisieren oder weil sie durch die Art ihrer Ausbildung diese Variable besser als die anderen beherrschen.

Veränderungen in der Beziehung der Klienten und in ihrer Selbsteinschätzung

Die Überprüfung der Hypothese 2 fand auf drei Ebenen statt:

- Veränderungen von Zufriedenheit in der Beziehung und Veränderungen von Art und Ausmaß an Problemen
- Veränderungen von Persönlichkeitsmerkmalen
- Veränderungen im Erleben der Beziehung

- Die Ergebnisse des Partnerschaftsfragebogens zeigen, daß die Klienten subjektiv eine Verbesserung ihrer Beziehung wahrnehmen. Auf der emotionalen Ebene haben Veränderungen stattgefunden, die sich niederschlagen
 - . in stärkerer Zufriedenheit in der Beziehung,
 - . in dem Gefühl, glücklicher zu sein,
 - . in dem Eindruck, sich persönlich weiterentwickelt zu haben.

Außerdem haben einige Probleme wie "Streit mit dem Partner", "eigene seelische Probleme" und "Geldsorgen" abgenommen. Wir können daher vermuten, daß eine Partnertherapie, die bei der Verbesserung der dyadischen Interaktion ansetzt, eine Verbesserung in anderen Bereichen der Beziehung bewirkt.

- Die Persönlichkeitsmerkmale - gemessen mit dem FPI - unterscheiden sich deutlich im Vergleich vor und nach der Therapie in den Dimensionen "Nervosität", "Depressivität", "Dominanzstreben", "Gehemmtheit", "Offenheit" und "Maskulinität". Eine Differenzierung in männliche und weibliche Klienten zeigt, daß die Veränderungswerte vorwiegend durch die Gruppe der Männer zustande gekommen sind. Die Frauen haben sich nur in der Skala "Depressivität" verändert.

Das Ergebnis legt die Vermutung nahe, daß diese Art der Partnertherapie auch Veränderungen im Individuum hervorruft, was als Hinweis auf die Auswirkungen von Kommunikation auf das persönliche Befinden gelten kann.

- Bei den offenen Fragen im Nachbefragungsbogen und im Follow-up Fragebogen werden von den Klienten selbst noch weitere Veränderungen beschrieben, die das Erleben der Beziehung betreffen. Diese Veränderungen können in folgende Kategorien zusammengefaßt werden:
 - . erhöhte Selbstsicherheit
 - . bewußteres Wahrnehmen
 - . stärkeres Vertrauen
 - . größere Ausgeglichenheit.

So können wir, als Zusammenfassung der Hypothese 2, von positiven Veränderungen in der Beziehung der Klienten und in ihrer Selbsteinschätzung sprechen.

Veränderungen in der Kommunikation der Klienten

Wir prüfen mit der 3. Hypothese die Annahme, daß sich bestimmte Kommunikationsvariablen zwischen Vor- und Nachtest sowie im Verlaufe der Therapie in positiver Richtung verändern.

Diese Überprüfung umfaßt sowohl die objektive Einschätzung des Kommunikationsverhaltens der Klienten durch Fremdbeurteiler als auch die subjektive Einschätzung der Klienten selbst.

Die s u b j e k t i v e Einschätzung der Klienten muß differenziert werden:

- Bei der Beurteilung eines eingegrenzten Gesprächs hat sich die subjektive Einschätzung der Klienten nicht nennenswert verbessert.

Für die Gesamtgruppe der Klienten zeigen die Ergebnisse des Kommunikationsfragebogens, daß nur das Äußern von Wünschen und Bedürfnissen nach der Therapie häufiger auftritt als vor der Therapie. Eine Aufteilung in Untergruppen ergab lediglich eine signifikante Verbesserung der Einschätzung des meta-kommunikativen Verhaltens des Partners (Klienten über 30 Jahre, und männliche Klienten).

- Die umfassendere Einschätzung der gesamten gemeinsamen Kommunikation fällt dagegen in allen Kommunikationsvariablen positiv aus.

Diese globalere Beurteilung durch den Nachbefragungsbogen zeigt im qualitativen Teil eine Verbesserung jeder einzelnen Kommunikationsvariablen, am deutlichsten bei "Selbstexploration" und "Nachfragen/Klären". Im qualitativen Teil werden diese Ergebnisse deutlich bestätigt durch Aussagen, die von den Klienten selbst formuliert sind.

Die Ergebnisse der o b j e k t i v e n Einschätzung zeigen, daß die Annahme der Hypothese 2 für die untersuchten Kommunikationsvariablen nicht beibehalten werden kann:

- Beim Klientenzielbereich I "sich selber mitteilen können", der die Variablen "Wünsche äußern" und "Selbstexploration" umfaßt, tritt lediglich "Wünsche äußern" im Testgespräch nach der Therapie häufiger auf als im Testgespräch vor der Therapie (Signifikanzniveau: 5 %).

Im Verlaufe der Therapie ist bei der Variable "Wünsche äußern" zwar numerisch eine Zunahme zu verzeichnen, die sich jedoch statistisch nicht sichern läßt.

- Der zweite Klientenzielbereich "Auf den anderen eingehen", der die Variablen "Verbalisierung emotionaler Erlebnisinhalte" und "Nachfragen/Klären" beinhaltet, erfüllt im Verlauf der Therapie nicht das Kriterium von einem durchschnittlichen Wert 2,00. Somit können wir hier nicht von einer ausreichenden Verwirklichung dieses Merkmals sprechen.
Ein Vergleich zwischen Vor- und Nachtest zeigt keine Unterschiede.
- Die Variable "Metakommunikation", durch die der dritte Zielbereich "über die Kommunikation selbst reden" definiert ist, wird im Testgespräch nach der Therapie häufiger verwirklicht (Signifikanzniveau: 1 %) als vor der Therapie und zeigt, wenn auch nur tendenziell (Signifikanzniveau 7 %) einen höheren durchschnittlichen Skalenwert. Im Therapieverlauf zeigt Metakommunikation im 11. Kontakt einen signifikant niedrigeren Skalenwert (2 %) als im zweiten Kontakt, entgegengesetzt der Annahme in der Hypothese.

Ein Vergleich zwischen männlichen und weiblichen Klienten sowie zwischen der Altersgruppe der Klienten über 30 Jahren und der Altersgruppe unter 30 Jahren hat keine signifikanten Unterschiede in den einzelnen Erhebungszeitpunkten ergeben.

Insgesamt können wir also wegen dieser geringen Ergebnisse keine Aussagen über Veränderungen der Kommunikationsvariablen machen, die durch Skalen erfaßt wurden.

Die Unterschiede in der Selbst- und Fremdeinschätzung werfen die Frage auf, ob sich die Veränderung im Verhalten niedergeschlagen hat, mit unseren Instrumenten aber nicht erfaßt werden konnte oder ob tatsächlich keine Veränderung stattgefunden hat. Das läßt sich im Rahmen dieser Untersuchung nicht klären.

Wir können lediglich spekulieren und die Möglichkeit in Erwägung ziehen, daß das subjektive Empfinden der tatsächlichen Veränderung im Verhalten vorausgeht. -

Obwohl die Selbsteinschätzung gegenüber der Fremdeinschätzung Mängel aufweist, sehen wir es als einen Vorteil der Selbsteinschätzung an, daß nicht nur die Kommunikation in der Therapiesitzung, sondern auch die Situation außerhalb erfaßt wurde.

Bei der Erklärung der Diskrepanzen in den Ergebnissen zur Selbst- und Fremdeinschätzung ziehen wir weiterhin folgende Bedingungen in Betracht:

- Es könnte am Aufbau der Skalen liegen, daß die Werte der Fremdbeurteilung so extrem niedrig und daher kaum zu interpretieren sind. Bei den 5-stufigen Skalen (von 0 bis 4) verlangt Stufe 4 bereits die optimale Ausprägung des Merkmals, die von den Beurteilern nur zögernd angekreuzt wurde.
- Mit den Skalen wollten wir möglichst exakt ein sehr eng umschriebenes Merkmal erfassen. Es ist daher zu überlegen, ob die Kommunikationsvariablen zu isoliert definiert sind. Die Ergebnisse des Nachbefragungsbogens weisen auch darauf hin, daß bei einer komplexeren Erfassung der Kommunikation Veränderungen eher nachweisbar sind.
- Ein weiterer Grund kann darin liegen, daß die Rater nur jeweils eine Äußerung zu beurteilen hatten, und dadurch die Variable nicht genügend zum Ausdruck kommen konnte.

- Nicht zuletzt muß noch die Auswahl der Variablen berücksichtigt werden; d. h. eine nachweisbare Veränderung könnte sich zunächst bei anderen Variablen zeigen, und Veränderungen in den von uns erfaßten Variablen stellen sich vielleicht erst nach längerer Zeit ein. Eine Dauer von 12 Wochen wäre dafür dann zu kurz bemessen.

Nach der Erprobung eines Konzepts zur Partnertherapie, das schwerpunktmäßig bei der Veränderung der dyadischen Kommunikation ansetzt, können wir grob zusammenfassen:

- die Klienten erleben ihr Kommunikationsverhalten nach der Therapie als günstiger.
- Einige Persönlichkeitsmerkmale der Klienten haben sich in positiver Richtung verändert.
- Die Klienten erleben nach der Therapie eine Verbesserung ihrer Beziehung
- Es ließ sich keine Veränderung des Kommunikationsverhaltens (durch Fremdeinschätzung erfaßt) nachweisen

Aus diesen Ergebnissen lassen sich einige Hinweise für die Praxis und Forschung entnehmen, die im folgenden kurz diskutiert werden.

TEIL V:

KONSEQUENZEN UND BEWERTUNG

1. Bewertung der Untersuchungsergebnisse im Hinblick auf interne und externe Validität

Bevor wir die Ergebnisse in ihrer Bedeutung für weitere Forschungsvorhaben diskutieren, soll zunächst der Stellenwert der Untersuchung verdeutlicht werden. Die vorliegende Arbeit ist, wie eingangs näher erläutert, als Erkundungsstudie zu verstehen und beschäftigt sich mit einer komplexen Therapiesituation, in der die Kontrolle der Variablen nicht mit einer Labor-situation verglichen werden kann.

Gemäß dem derzeitigen Forschungsstand auf dem Gebiet der Partnertherapie muß sie auf dem Hintergrund der allgemeinen Schwierigkeiten der Forschung in klinischer Psychotherapie gesehen werden. BOMMERT (1977) betont vor allem: "Die experimentelle Variation einzelner Variablen ist nur bedingt möglich, die Auswahl von Klienten und die Interaktion mit ihnen unterliegt erheblichen Variationseinschränkungen" (S. 128). Besonders die Komplexität des Forschungsgegenstandes, die Vielzahl der Variablen aus den Bereichen Klient, Therapeut, Methode und Situation, die sich gegenseitig beeinflussen, erfordern Berücksichtigung bei der Erstellung des Untersuchungsdesigns und der Auswertungsprozeduren (BOMMERT, 1977).

Insgesamt kann von den Ergebnissen der vorliegenden Untersuchung grob festgehalten werden, daß nach der Durchführung einer Partnertherapie, die bei der dyadischen Interaktion ansetzt, die Klienten in ihrer Beziehung positive Veränderungen erleben, die Kommunikation der Klienten sich jedoch nicht geändert hat.

Da die Prozeßanalyse durch objektive Beurteiler keine Veränderung (im Therapieverlauf) ergab und uns eine Kontrollgruppe fehlte, lassen sich keine gesicherten Aussagen darüber machen, inwieweit die Veränderungen in der Beziehung der Klienten ursächlich auf die Therapie zurückzuführen sind. Diese positiven Ergebnisse können nicht eindeutig interpretiert werden, sondern haben eher Hinweisscharakter. Es scheint uns jedoch durchaus sinnvoll, die Annahme eines Zusammenhangs zwischen der Therapie und der Veränderung in der Beziehung zur Grundlage für die Hypothesenbildung weiterer Untersuchungen zu machen.

Durch das Fehlen einer Kontrollgruppe beschränken wir uns in dieser Untersuchung auf ein bestimmtes Aussagen-niveau, das vor allem bei der internen Validität der Untersuchung von Bedeutung ist.

Im folgenden sollen daher kurz einige Überlegungen zur internen und externen Validität der Untersuchung angeschlossen werden.

Interne Validität

"Das Ergebnis einer psychotherapeutischen Untersuchung ist insoweit valide, als beobachtete Veränderungen im Kriteriumsverhalten der Patienten auf die durchgeführte psychotherapeutische Behandlung zurückgeführt werden können" (KIRCHNER u. a., 1977, S. 55).

Da auch andere Einflüsse als die durchgeführte Therapie wirksam werden können, ist bei Untersuchungen ohne Kontrollgruppe besonders die interne Validität gefährdet. Hier sind vor allem die Gefahren aufgrund verfälschter Meßwerte aufgrund statistischer Regression oder aufgrund des Meßzeitpunktes zu beachten.

Bei der Planung unserer Untersuchung haben wir versucht, diesen Verfälschungen möglichst vorzubeugen und die Empfehlungen von KIRCHNER u.a. (1977) zu berücksichtigen (vgl. S. 126).

An dieser Stelle sollen rückblickend die wichtigsten Punkte diskutiert werden :

Der Vortäuschung eines positiven Therapieergebnisses aufgrund statistischer Regression läßt sich durch die Verwendung reliabler Meßinstrumente und durch die Erhebung verschiedener Kriterien vorbeugen.

"Durch die Verwendung mehrerer Kriterien wird es unwahrscheinlicher, daß Patientenveränderungen nur vorgetäuscht sind, sofern sich auf allen erhobenen Kriterien Veränderungen in derselben Richtung zeigen" (KIRCHNER u.a., 1977, S. 84).

Wir haben versucht, dieser Forderung Rechnung zu tragen, indem wir mit möglichst reliablen Instrumenten verschiedenartige Kriterien gemessen haben: Das konkrete Kommunikationsverhalten der Klienten wurde sowohl im Therapieverlauf als auch in den Testsitzungen mit überprüften Skalen erfaßt. In den Testsitzungen wurden weiterhin mit Hilfe von Fragebogen Aussagen der Klienten zu verschiedenen Bereichen gesammelt, die die Partnerschaft betreffen. Die Einschätzung der eigenen Kommunikation und der des Partners wurde erfaßt. Die Therapie wurde durch die Klienten bewertet.

Um Fehler bei Beobachtungs- und Einschätzverfahren auszuschalten, sollten die Beobachter, soweit möglich, über die Untersuchungsbedingungen und -ziele im Unklaren gelassen werden. Gleichzeitig wird eine gründliche Schulung der Beobachter gefordert.

Wir haben für die Einschätzung der Tonbandausschnitte fremde Beobachter eingesetzt, die vor Beginn des Ratings ein intensives Training erhielten.

Auch der Forderung nach einer Mehr-Punkte-Erhebung in diesem Zusammenhang unter Einschluß der Erhebung von Follow-up-Daten wurde Rechnung getragen.

"Die Wahrscheinlichkeit, aufgrund der Symptomfluktuation zufällige Extremwerte zu erfassen, reduziert sich dadurch ebenso wie die Möglichkeit, den längerfristigen Therapieeffekt zu über-oder zu unterschätzen". (KIRCHNER u.a., 1977, S. 84)

Unsere Untersuchung beinhaltet insgesamt acht Erhebungszeitpunkte. Auch in die Follow-up-Erhebung wurden mehrere Kriterien miteinbezogen.

Insgesamt muß bei der internen Validität dieser Untersuchung trotz der geschilderten Bemühungen um verwertbare Ergebnisse das Fehlen einer Kontrollgruppe im Auge behalten werden.

Externe Validität

Die Frage nach der externen Validität stellt sich bei Untersuchungen mit oder ohne Kontrollgruppe in gleicher Form. Nach KIRCHNER u.a. (1977) "ist das Ergebnis einer solchen Untersuchung insoweit extern valide, als es auf andere Patienten, andere Therapeuten und andere Behandlungsbedingungen übertragbar ist" (S. 55).

Zu den Verallgemeinerungsmöglichkeiten unserer Untersuchungsergebnisse auf andere Klienten:

Unsere Stichprobe ist durch einige wichtige Klientenmerkmale wie Alter, Beruf, Dauer und Art der Beziehung gekennzeichnet. Wir ließen nur Klienten an der Therapie teilnehmen, die sich zu dem Zeitpunkt nicht schon in Psychotherapie befanden. Weitere Kriterien für eine selektive Auswahl der Klientenpopulation haben wir nicht eingesetzt.

Zur Übertragbarkeit der Ergebnisse auf andere Therapeuten:

Durch die detaillierte Beschreibung des Therapeutentrainings und der einzelnen Durchführungsaspekte ist

die Wiederholbarkeit der Untersuchung weitgehend gewährleistet und die Übertragbarkeit des Therapeutenverhaltens möglich.

Da unsere Therapeutenpopulation sich hauptsächlich aus Diplomanden und Berufsanfängern zusammensetzte, ist anzunehmen, daß erfahrenere Therapeuten eventuell weniger Schwierigkeiten haben, sich auf die komplexe Situation der Partnertherapie einzustellen. Dies würde sich wahrscheinlich vor allem zu Beginn der Therapie bemerkbar machen.

2. Bedeutung der Ergebnisse und Erfahrungen dieser Arbeit für Forschung und Praxis

Wir sind bei unserer Untersuchung davon ausgegangen, daß sich nach einer Therapie, die bei der Verbesserung von Interaktion ansetzt, die gesamte Beziehung und das Kommunikationsverhalten zweier Partner verbessert.

Aufgrund unserer Ergebnisse müssen wir diese Aussage reduzieren: Nach einer Therapie, die bei der Verbesserung der Kommunikation der Partner ansetzt, hat sich die Beziehung der Partner, nicht aber das Kommunikationsverhalten in positive Richtung verändert.

Aus dieser Untersuchung kann jedoch- abgesehen von den bereits diskutierten Mängeln einer fehlenden Kontrollgruppe und der relativ kleinen Stichprobe - nicht der Schluß gezogen werden, daß das gesamte Kommunikationsverhalten der Klienten unverändert blieb. Das Untersuchungsergebnis besagt allein, daß diese Art der Partnertherapie sich nicht auf die von uns erwartete Kommunikationsveränderung niedergeschlagen hat. Wir mußten uns auf die Erfassung ganz spezieller Kommunikationsmerkmale beschränken; eine Veränderung in anderen Merkmalen ist durchaus denkbar. Die Klienten haben im Nachbefragungsbogen eine Reihe deutlicher anderer Merkmale genannt, die sich ihrer Meinung nach durch die Therapie veränderten. So müßte vielleicht neu überlegt werden, welche Art von Variablen zu welchem Zeitpunkt erfaßt werden soll. Dieses Ergebnis kann in Zusammenhang mit der Feststellung gesehen werden, daß auch Klienten ohne ausgeprägt selbstexploratives Verhalten im Sinne der Skala von TRUAX (1961) erhebliche konstruktive Änderungen durch Gesprächspsychotherapie aufweisen (BOMMERT, 1971).

Zur Beurteilung der vorliegenden Ergebnisse wäre ein Vergleich mit anderen Untersuchungen auf dem Gebiet der integrativen Partnertherapie erforderlich. Jedoch gibt es bisher kaum vergleichbare Ergebnisse.

Am ehesten kann die Untersuchung von GRAWE (1976) zum Vergleich herangezogen werden. GRAWE führte Partnertherapie in einer Gruppe von Eltern verhaltensgestörter Kinder durch. Sie erhielt auch positive Veränderungen bei der Verlaufsmessung. Jedoch handelte es sich bei ihren Skalen um grobere Einschätzungsinstrumente, die global ein bestimmtes Verhalten erfaßten, wie zum Beispiel "Persönliche Interaktion", "Mitteilung von Gefühlen", "Dominanz", "Wertschätzung" (GRAWE, 1976) S. 396).

Unter anderem wirft das Ergebnis unserer Untersuchung die Frage auf, inwieweit die subjektive Einschätzung der Klienten als Erfolg gewertet werden kann. Nach ROGERS (1970, S. 44) ist die subjektive Einschätzung der Klienten das wesentliche Kriterium für Erfolg. Zur Einschätzung der Wirksamkeit von Gruppentherapien zum Beispiel ist er der Meinung, daß es entscheidend und ausreichend ist, wenn die Gruppenmitglieder eine Zeit nach der Beendigung der Gruppentherapie den Eindruck haben, die Behandlung habe ihnen geholfen. Neuere Untersuchungen zur klientenzentrierten Gruppentherapie schließen sich diesem Kriterium jedoch nicht an (FRANKE, 1978).

Auch in unserer Untersuchung sollte die subjektive Einschätzung des Therapieerfolgs nicht überschätzt werden, weil nicht auszuschließen ist, daß auch Faktoren wie zum Beispiel der finanzielle und zeitliche Aufwand bei der Beantwortung der Fragen nach dem Therapieerfolg eine Rolle spielen. Da die Klienten aber positive Veränderungen in mehreren Bereichen angeben (in den Kommunikationsvariablen und in anderen, von den Klienten selbst formulierten Merkmalen wie Selbstsicherheit, verstärktes Vertrauen u.ä., die sowohl die Klienten persönlich als auch die Beziehung betreffen) und sich diese Veränderungen bei der Follow-up-Erhebung als stabil erwiesen, können diese Ergebnisse dennoch als positiver Hinweis gelten. Die Veränderungen in den Persönlichkeitsmerkmalen des FPI unterstützen dieses Ergebnis.

Um den Therapieprozeß näher zu analysieren, wäre es notwendig, die Funktion und Bedeutung der Therapeuten detaillierter zu erforschen. Bei unseren theoretischen Überlegungen sind wir zum Beispiel davon ausgegangen, daß die Therapeuten Modellfunktion übernehmen. Diese Funktion der Therapeuten ist im Bereich der klientenzentrierten Gruppentherapie umstritten; SPEIERER (1975) zum Beispiel schreibt dem Modellverhalten der Therapeuten in Gruppen Bedeutung zu. Von FRANKE (1978) wird diese Bedeutung jedoch eher als Spekulation gewertet. Auch in der Partnertherapie gibt es dazu bisher keine Ergebnisse; die Funktion der Therapeuten müßte in weiteren systematischen Untersuchungen erst überprüft werden.

Aus den Erfahrungen dieser Untersuchung lassen sich einige Verbesserungsmöglichkeiten für die Praxis aufzeigen.

Bei der Ausbildung von Therapeuten hat sich die Aufteilung in ein intensives Therapeutentraining und anschließende ausführliche Supervision als sehr nützlich erwiesen. Wir schließen uns daher den Forderungen von CROLLA-BAGGEN et al. (1978) an, die Supervision der anfänglichen Therapien mit Übungselementen und anderen Trainingsaspekten zu verzahnen.

In den Supervisionssitzungen haben wir neben den Besprechungen der Therapeuteninterventionen verstärktes Gewicht auf die persönlichen Erfahrungen der Therapeuten gelegt. Dies erwies sich als erforderlich, da es sich zum großen Teil um Therapeuten handelte, die in Partnertherapie unerfahren waren.

Die Belastung der Therapeuten in den ersten Therapie-sitzungen ließ sich vor allem durch zwei Aspekte kennzeichnen:

- die Konfrontation mit den eigenen Normen, Einstellungen, Wertungen bezüglich Partnerschaft durch die Problematik der Klienten;
- die Zusammenarbeit mit dem Kotherapeuten.

Die Schwierigkeiten bezüglich der Klienten bearbeiteten die Therapeuten in der Supervision zum Beispiel, indem sie im Rollenspiel versuchten, die Rolle eines Klienten zu übernehmen. Die Therapeuten konnten sich somit erlebnisnäher mit den eigenen Einstellungen auseinandersetzen.

Der Aspekt der Selbsterfahrung spielte sowohl bei der Auseinandersetzung mit den Klienten als auch in der Zusammenarbeit der Therapeuten untereinander eine große Rolle.

Durch die ausführliche Supervision ergab sich eine große zeitliche Belastung der Therapeuten, und trotz des Zeitaufwandes kamen einige Punkte in der Supervision zu kurz. Wir halten es daher für empfehlenswert, auch in der Zeit der Supervision ein Selbsterfahrungswochenende miteinzubeziehen (zum Beispiel analog zu unserem Wochenende beim Therapeutentraining). Wir unterstützen somit die Forderung nach einer stärker selbsterfahrungszentrierten Supervision besonders in der Partnertherapie (CROLLA-BAGGEN et al, 1978), wie sie aber auch für die Arbeit mit anderen Klienten-gruppen, die eine erhebliche emotionale Belastung für die Therapeuten darstellen, gefordert wird (LANDGRAF, 1980).

Eine weitere Möglichkeit, den komplexen Aspekten in der Supervision eher gerecht zu werden, wäre es zum Beispiel, die Supervisionssitzungen zu systematisieren und eventuell jeden Therapeuten in der Durchführung der Supervision zu schulen.

KAAITZ (1979) versucht in der Ausbildung von Partnertherapeuten diese Systematisierung und teilt den Prozeß der Supervision in vier Phase ein:

Die 'Orientierungspahse' dient dazu, den gemeinsamen Beobachtungsrahmen abzustecken.

In der 'Beobachtungsphase' soll "möglichst wieder-gabetreu (d.h., ohne Bewertung oder Gewichtung) das Verhalten des Klienten, des Therapeuten, sowie ihre gemeinsame Interaktion" beschrieben werden (S.2.). In der 'Gewichtungsphase' gilt es, beim Klienten auf Fertigkeiten und Defizite oder deren Veränderungen zu achten; das Therapeutenverhalten soll im Hinblick auf Zweckmäßigkeit bezüglich verschiedener Kriterien bewertet werden. Die 'Rückmeldephase' hat die Funktion, "den Therapeuten möglichst deutlich über eigene Fertigkeiten und Mängel zu informieren (...) und Strategien zur weiteren zweckmäßigen Interaktion zwischen Klient und Therapeut zu entwickeln" (S. 3).

Zu Beginn des Trainings bestanden bei einigen Therapeuten erhebliche Hemmungen, den Rahmen der Gesprächstherapie zu verlassen und zum Beispiel Übungen durchzuführen. Diese Hemmungen haben im Laufe der gesamten Ausbildung zusehends abgenommen. Aufgrund unserer Erfahrungen in der Therapeutenausbildung (vor allem im Therapeutentraining) unterstützen wir die Forderung, gleich zu Beginn der Grundausbildung die Therapeuten auf eine stärkere Methodenintegration hin zu orientieren (vgl. BIRTSCH, 1980).

Der starke Lernzuwachs bei der Durchführung der ersten Therapien wurde von den Therapeuten ausdrücklich betont. Es erscheint daher für weitere Untersuchungen auf diesem Gebiet als nützlich, eine Kontrolle des Therapeutenverhaltens nicht nur vor und nach dem Training, sondern auch nach der Supervision durchzuführen.

Unser Konzept war so angelgt, daß jeweils beide Partner zu den Therapiesitzungen kamen. Dies hielten wir für sinnvoll, da unsere Partnertherapie auf die Kommunikation beider Klienten untereinander angelegt ist; außerdem waren wir bemüht, im Rahmen der Untersuchung möglichst vergleichbare Bedingungen zu erhalten.

Diese Ablehnung von Einzelkontakten mit nur einem Klienten zwischendurch erwies sich jedoch als problematisch. An dem Punkt, wo der einzelne Klient größere persönliche Schwierigkeiten hat, die nur zum Teil in der Beziehung zum Partner zum Tragen kommen, hat dieses Konzept seine Grenzen. Die Versuche, die gemeinsame Kommunikation der Klienten untereinander zu verbessern, gehen an den Problemen dieser Klienten vorbei. Eine Hilfestellung könnte hier durch eine differenziertere Diagnose zu Beginn der Therapie geboten werden. Andererseits kristallisierten sich oft erst im Laufe der gemeinsamen Therapie die Schwierigkeiten des Einzelnen deutlich heraus. So halten wir es auch bei Klienten, die sich gemeinsam zur Therapie anmelden, für sinnvoll, zwischendurch gegebenenfalls Einzelkontakte durchzuführen. PAVEL (1978) schildert die Vorteile der zwischenzeitlichen Einzelkontakte in einer Partnertherapie:

"In den Einzelgesprächen vollzieht sich schwerpunktmäßig ein intensives Kennenlernen und eine erste Präzisierung der in der Partnerschaft erlebten eigenen Gefühle und Einstellungen. Gegenüber dem Therapeuten in der Einzelsituation sind die in der Partnerschaft als Selbstschutz aufgebauten Verteidigungshaltungen weniger nötig " (S. 125).

Diese Möglichkeit der Einzelkontakte kann zusätzlich genutzt werden um die spezifischen Belange der einzelnen Klienten stärker zu berücksichtigen und würde den therapeutischen Handlungsspielraum erhöhen. Ein wesentlicher Schritt in diese Richtung kann in dem erweiterten Verhaltensspielraum der Therapeuten durch die Kombination von Methoden gesehen werden: Die Erfahrungen aus der Therapeutenarbeit mit dem vorliegenden integrativen Konzept weisen deutlich darauf hin, daß eine systematische Verknüpfung von mehreren therapeutischen Methoden in der Partnertherapie hilfreich erscheint und die Möglichkeit erhöht, den speziellen Problemen der beteiligten Klienten und des Paares gerecht zu werden.

L I T E R A T U R V E R Z E I C H N I S

- ANNEKEN, R., L. ECHELMEYER, G. SELTER: Grundlagen der Partnerschaftstherapie. Univ. Manuskript, Münster, 1978.
- ANTONS, K.: Praxis der Gruppendynamik. Übungen und Techniken. Göttingen, 1973.
- BAACKE, D.: Kommunikation und Kompetenz. Grundlegung einer Didaktik der Kommunikation und ihrer Medien. München, 1973.
- BACH, G. B.: Aggression Lab. München, 1972.
- BALES, R. F.: Interaction process analysis. Wesley, 1950.
- BANDURA, A., R. H. WALTERS: Social learning and personality Development. New York, 1963.
- BASTINE, R.: "Forschungsmethoden in der Klinischen Psychologie." In: W. J. SCHRAML (Hg.), Klinische Psychologie. Bern, 1970, S. 523 - 559.
- : "Auf dem Wege zu einer integrierten Psychotherapie." Psychologie heute, Heft 7, 2. Jg. (1975), 53 - 58.
- : "Ansätze zur Formulierung von Interventionsstrategien in der Psychotherapie." In: P. JANKOWSKI et al. (Hg.), Klientenzentrierte Psychotherapie heute. Göttingen, 1976, S. 193 - 207.
- BATESON, G., D. D. JACKSON, J. HALEY u. J. H. WEAKLAND: "Toward a Theory of Schizophrenia." Behavioral Science, 1 (1956), 252 - 264.
- BERLIN, J.: Das offene Gespräch. Paare lernen Kommunikation. Ein programmierter Kurs. München, 1975.
- BIERMANN-RATJEN, E., J. ECKERT, H. J. SCHWARTZ: Gesprächspsychotherapie. Verändern durch Verstehen. Stuttgart, 1979.
- BIRTSCH, V., D. TSCHULIN (Hg.): Ausbildung in Klinischer Psychologie und Psychotherapie. Ziele, Inhalte und Methoden in Lehre und Studium. Weinheim, 1980.

- BIRTSCH, V.: "Problemorientierte Ausbildung als Anleitung zur Integration psychotherapeutischer Modelle und Techniken." In: V. BIRTSCH, D. TSCHULIN (Hg.), Ausbildung in Klinischer Psychologie und Psychotherapie. Weinheim, 1980.
- BLÖSCHL, L.: Grundlagen und Methoden der Verhaltenstherapie. Bern, 1969.
- BÖDIKER, M. L., W. LANGE: Gruppendynamische Trainingsformen. Hamburg, 1975.
- BOMMERT, H.: Die Prozeßvariablen SE und VEE in ihrer Bedeutung für die klienten-zentrierte Gesprächspsychotherapie. Diss., Hamburg, 1971.
- : "Der therapeutische Prozeß unter dem Gesichtspunkt des Lernens." In: GwG (Hg.), Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie. München, 1975.
- : Grundlagen der Gesprächspsychotherapie. Theorie - Praxis - Forschung. Stuttgart, 1977.
- : "Forschung in der klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie." In: L. PONGRATZ (Hg.), Handbuch der Psychologie, Band 8, Göttingen, 1978.
- , H.-D. DAHLHOFF (Hg.): Das Selbsterleben (Experiencing) in der Psychotherapie. München, 1978.
- , PLESSSEN, U.: Psychologische Erziehungsberatung. Stuttgart, 1978.
- CLAUSS, G., H. EBNER: Grundlagen der Statistik für Psychologen, Pädagogen und Soziologen. Frankfurt, 1972.
- CÖLLEN, M.: "Professionalisierung der Psychotherapie - eine notwendige Problemlösung." Integrative Therapie, 2/3 (1976), 67 - 73.
- CROLLA-BAGGEN, M., P. VAN DE VEN, T. STAPS (Hg.): Partner- und Familienberatung. Freiburg, 1978.
- DÄUMLING, A. M., J. FENGLER, L. NELLESSEN, A. SVENSSON: Angewandte Gruppendynamik. Selbsterfahrung - Forschungsergebnisse - Trainingsmodelle. Stuttgart, 1974.
- ESSER, P.: "Erlebnisaktivierung in der Psychotherapie." In: H. BOMMERT, H.-D. DAHLHOFF (Hg.), Das Selbsterleben (Experiencing) in der Psychotherapie. München, 1978.

- ESSER, P.: "Probleme einer Integration von Gesprächs- und Gestalttherapie in Theorie und Praxis." In: Informationsblätter der Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG), 35 (Juli 1979), 8 - 17.
- FAHRENBURG, J., H. SELG: Das Freiburger Persönlichkeitsinventar. FPI. Göttingen, 1970.
- FITTKAU, B., H.-M. MÜLLER-WOLF, F. SCHULZ von THUN: Kommunizieren lernen (und umlernen). Braunschweig, 1977.
- FRANKE, A.: "Kombination verschiedener Therapieformen - Einige Überlegungen zum therapeutischen Vorgehen." In: P. JANKOWSKI et al. (Hg.), Klientenzentrierte Psychotherapie heute. Göttingen, 1976.
- : Klientenzentrierte Gruppenpsychotherapie. Stuttgart, 1978.
- GERL, W., R.-J. PIERITZ: "Gesprächspsychotherapie." In: K. HEINERT (Hg.), Einstellungs- und Verhaltensänderung. München, 1979.
- GwG: Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (Hg.): Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie. München, 1975.
- GESELLSCHAFT für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie e. V. (GwG): Satzung und Ausbildungsrichtlinien der GwG. 3. Aufl., München, 1977.
- GORDON, T.: Familienkonferenz. Die Lösung von Konflikten zwischen Eltern und Kind. Hamburg, 1972.
- GRAUMANN, C. F.: "Interaktion und Kommunikation." In: C. F. GRAUMANN (Hg.), Handbuch der Psychologie. Band 7, 2. Halbband, Göttingen, 1972.
- GRAWE, S.: "Ehepaartherapie in Gruppen mit Eltern von verhaltensgestörten Kindern." In: P. JANKOWSKI et al. (Hg.), Klientenzentrierte Psychotherapie heute. Göttingen, 1976, S. 393 - 404.
- GUILFORD, J. P.: Psychometric Methods. New York, 1954.
- HAHLWEG, K., D. REVENSTORF, L. SCHINDLER: Verhaltenstherapie bei Ehe- und Partnerschaftsproblemen: Literaturübersicht. Unv. Manuskript, München, 1979.
- HARDT, R.: Veränderungsziele für Klienten innerhalb einer integrativen Partnertherapie. Teil II: Definition von Kommunikationsvariablen sowie Erstellung und Überprüfung von Meßinstrumenten zu ihrer Erfassung. Diplomarbeit, Münster, 1977.

- HARTIG, M.: Probleme und Methoden der Psychotherapieforschung. München - Berlin - Wien, 1975.
- HEINERT, K. (Hg.): Einstellungs- und Verhaltensänderung. München, 1979.
- HELM, J.: Psychotherapieforschung. Berlin, 1974.
- IVEY, A. E., C. J. NORMINGTON, D. C. MILLER, W. H. MERRILL, R. F. HAASE: "Micro-Counseling and attending behavior: an approach to pre-practicum counselor training." J. Counsel. Psychol., 15 (1968), (Monogr. Suppl. 5).
- IVEY, A. E.: Microcounseling. Springfield, 1971.
- JANKOWSKI, P., D. TSCHULIN, H.-J. FIETKAU, F. MANN: Klientenzentrierte Psychotherapie heute. Bericht über den I. Europäischen Kongress für Gesprächspsychotherapie in Würzburg. Göttingen, 1976.
- JANKOWSKI, P.: "Diagnostik in der Erziehungs- und Familienberatung." In: Handbuch der Psychologie, Bd. 8, 1 (1977).
- KAATZ, S.: Darstellung eines Modells zur Durchführung von Supervision in der praktischen Therapieausbildung von Studenten. Univ. Manuskript, Münster, 1979.
- KANFER, F. H., J. S. PHILLIPS: Lerntheoretische Grundlagen der Verhaltenstherapie. München, 1975.
- KEMPLER, W.: Grundzüge der Gestalt-Familientherapie. Stuttgart, 1975.
- KESSEL, W. van: "Der psychotherapeutische Prozess: Abriß für eine Beschreibung in Interaktionsbegriffen." In: P. JANKOWSKI et al. (Hg.), Klientenzentrierte Psychotherapie heute. Göttingen, 1976, S. 142 - 151.
- KIESLER, D. J.: "Die Mythen der Psychotherapieforschung und ein Ansatz für ein neues Forschungsparadigma." In: F. PETERMANN, Psychotherapieforschung. Weinheim, 1977, S. 7 - 50.
- KIRCHNER, F. Th., E. KISSEL, F. PETERMANN, P. BÖTTGER: "Interne und externe Validität." In: F. PETERMANN (Hg.), Psychotherapieforschung. Weinheim, 1977, S. 51 - 102.
- KOTTWITZ, G.: "Transaktionsanalytische Familientherapie." Integrative Therapie, I (1976), 16 - 36.
- KRAIKER, C. (Hg.): Handbuch der Verhaltenstherapie. München, 1974.

- KRAUSE, R.: "Kombination therapeutischer Vorgehensweisen." In: P. JANKOWSKI et al. (Hg.), Klientenzentrierte Psychotherapie heute. Göttingen, 1976, S. 208 - 213.
- LANDGRAF, G.: Kombination therapeutischer Methoden - Beschreibung und Kontrolle ihrer Effektivität am Beispiel einer empirischen Untersuchung mit Sonderschülern. Diss., Münster, 1980.
- LANGER, I., F. SCHULZ v. THUN: Messung komplexer Merkmale in Psychologie und Pädagogik. Ratingverfahren. München, 1974.
- LEHMENKÜHLER, A., H. ROSCHER: Feedback in sozialer Interaktion. Versuche zur Theorie, Messung und praktischen Einübung von Feedback-Verhalten. Diplomarbeit, Münster, 1975.
- LUTHMAN, S. G., M. KIRSCHENBAUM: Familiensysteme. Wachstum und Störungen. Einführung in die Familientherapie. München, 1977.
- MAHONEY, M. J.: "Tendenzwende in der Verhaltenstherapie." Psychologie heute, Heft 6, 5. Jg. (1978), 67 - 74.
- MANDEL, A., K. H. MANDEL, E. STADTER, D. ZIMMER: Einübung in Partnerschaft durch Kommunikations- und Verhaltenstherapie. München, 1971.
- MANDEL A., K. H. MANDEL, H. ROSENTHAL: Einübung der Liebesfähigkeit. Praxis der Kommunikationstherapie für Paare. München, 1975.
- MANDEL, K. H.: "Psychotherapeuten und Berater für Partnerkonflikte und Sexualstörungen. Lehrpläne des Instituts für Forschung und Ausbildung in Kommunikationstherapie e. V., München." Partnerberatung, 2 (1976).
- : Therapeutischer Dialog. Bausteine zur Ehe-, Sexual- und Familientherapie. München, 1979.
- MANN, F.: "Die Anwendung klientenzentrierter Konzepte und Methoden in der heutigen Psychiatrie." In: P. JANKOWSKI et al. (Hg.), Klientenzentrierte Psychotherapie heute. Göttingen, 1976, S. 253 - 259.
- MARBURGER AUTORENKOLLEKTIV: "Leitfaden für die Tutorienarbeit." Blickpunkt Hochschuldidaktik, Heft 42, Hamburg, 1977.
- MARTIN, D. G.: Gesprächspsychotherapie als Lernprozeß. Salzburg, 1975.

- MATTEJAT, F., J. BRUMM: "Kommunikationspsychologische Grundlagen." In: L. J. PONGRATZ (Hg.), Handbuch der Psychologie, Band 8, 1. Halbband, Göttingen, 1977.
- MILLER, S., E. NUNNALLY, D. WACKMAN: The Minnesota Couples Communication Program (MCCP). Minnesota, 1971 (Deutsche Studienausgabe, Hamburg, 1974).
- MINSEL, W.-R., I. LANGER, V. PETERS, R. TAUSCH: "Bedeutung weitere Variablen des Psychotherapeutenverhaltens." Z. klinische Psychologie, 2 (1973).
- MINSEL, W.-R.: Praxis der Gesprächspsychotherapie. Köln, Wien, 1974.
- MINSEL, W.-R., M. ZIELKE: "Theoretische Grundlagen der CCT." In: L. J. PONGRATZ (Hg.), Handbuch der Psychologie, Band 8, 1. Halbband, Göttingen, 1977, S. 953 - 980.
- MINSEL, W.-R.: "Gutachten zur Gesprächspsychotherapie." Informationsblätter der Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG), Sonderinfo, Juli 1979.
- MINUCHIN, S.: Familie und Familientherapie. Freiburg, 1977.
- NELLESSEN, L.: "Kommunikationstherapie." In: K. HEINERT (Hg.), Einstellungs- und Verhaltensänderung. München, 1979.
- PAVEL, F. G.: Die klientenzentrierte Psychotherapie. Eine Einführung in die theoretische und praktische Entwicklung sowie in die Anwendungsbereiche der klientenzentrierten Psychotherapie. München, 1978.
- PERLS, F.: Grundzüge der Gestalt-Therapie. Einführung und Sitzungsprotokolle. München, 1974, 1976.
- PETERMANN, F. Psychotherapieforschung. Weinheim, 1977.
- PLESSEN, U., H. BOMMERT: Notwendigkeit, Möglichkeiten und Probleme der Kombination psychotherapeutischer Methoden. Unveröff. Vortragsmanuskript, Münster, 1976.
- PLOG, U.: "Partner-Therapie." In: GwG (Hg.), Die klienten-zentrierte Gesprächspsychotherapie. München, 1975.
- POLSTER, E. A.: Gestalttherapie. Theorie und Praxis der integrativen Gestalttherapie. München, 1975.
- PONGRATZ, L.: Lehrbuch der klinischen Psychologie. Göttingen, 1973.

- PREUSS, H. G.: Ehepaartherapie - Beitrag zu einer psychoanalytischen Partnertherapie in der Gruppe. München, 1973.
- QUEKELBERGHE, R. van: Systematik der Psychotherapie. München, 1978.
- REIMANN, E.: Entwicklung eines integrativen Therapiekonzepts zur Partnertherapie. Teil II, Definition von Therapeutenverhaltensmerkmalen, Entwicklung und praktische Erprobung von Meßinstrumenten. Diplomarbeit, Münster, 1978.
- RICHTER, H. E.: Patient Familie. Entstehung, Struktur und Therapie von Konflikten in Ehe und Familie. Reinbek, 1970.
- ROLOFF, G.: Partnerzentrierte Gesprächsführung für zukünftige Lehrer. Diss., Münster, 1976.
- ROGERS, C. R.: "A theory of therapy, personality and interpersonal relationships, as developed in the client-centered framework." In: S. KOCH (Hg.), Psychology: A Study of a Science. Vol. III, New York, 1959, S. 185 - 256.
- : Counseling and psychotherapy. Boston, 1942 (dt. Ausgabe: Die nicht-direktive Beratung. München, 1972, 1976).
- : Client-centered therapy. Boston, 1951 (dt. Ausgabe: Die klient-bezogene Gesprächstherapie. München, 1973).
- : Freedom to learn. Columbus, 1969 (dt. Ausgabe: Lernen in Freiheit. München, 1974).
- : Carl Rogers on encounter groups. New York, 1970 (dt. Ausgabe: Encounter Gruppen. Das Erlebnis der menschlichen Begegnung. München, 1974).
- : Entwicklung der Persönlichkeit. Stuttgart, 1973.
- RUITENBEEK, H. M.: Die neuen Gruppentherapien. Stuttgart, 1970.
- SADER, M., B. SIELAND, W. THEIS: "Ein Grundkonzept für ein Interaktionstraining." In: M. SADER et al. (Hg.), Verbesserung von Interaktion durch Gruppendynamik. Münster, 1976.
- SATIR, V.: Familienbehandlung. Kommunikation und Beziehung in Theorie, Erleben und Therapie. Freiburg, 1973.

- SCHMIDTCHEN, S.: Klientenzentrierte Spieltherapie. Weinheim, 1974.
- : Handbuch der klientenzentrierten Kindertherapie. Kiel, 1976.
- SCHNEIDER-DÜKER, M., J. F. SCHNEIDER: "Zur Diagnostik von Interaktionsproblemen in der Familie." Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik, 16 (1980), 76 - 90.
- SCHOLZ, O. B.: Diagnostik in Ehe- und Partnerschaftskrisen. München, 1978.
- SCHULTE, D., L. KEMMLER: "Systematische Beobachtung in der Verhaltenstherapie." In: D. SCHULTE (Hg.), Diagnostik in der Verhaltenstherapie. München, 1974.
- SCHWÄBISCH, L., M. SIEMS: Anleitung zum sozialen Lernen für Paare, Gruppen und Erzieher. Kommunikations- und Verhaltenstraining. Reinbek, 1974.
- SCHWARTZ, H.-J.: Bedingungen des Behandlungseffekts in Anfangsgesprächen. Diss., Hamburg, 1975.
- SELVINI PALAZZOLI, M., M. BOSCOLO, G. CECCIN, G. PRATA: Paradoxon und Gegenparadoxon. Ein neues Therapie-modell für die Familie mit Schizophrenen Störungen. Stuttgart, 1977.
- SIEGEL, S.: Nonparametric statistics for the behavioral sciences. New York, 1956.
- SIELAND, B.: Gruppendynamische Laboratorien und ihre empirische Kontrolle. Diss., Münster, 1975.
- SPEIERER, G.-W.: "Der gruppentherapeutische Ansatz nach dem Konzept der Gesprächspsychotherapie." In: GwG (Hg.), Die klienten-zentrierte Gesprächspsychotherapie. München, 1975.
- STATISTISCHES BUNDESAMT: Statistisches Jahrbuch 1979 für die Bundesrepublik Deutschland. Stuttgart, 1979.
- STAUSS, H.: Zusammenhänge zwischen Erwartungshaltungen und psychologischen Veränderungen von Klienten durch Gesprächspsychotherapie, gemessen anhand "subjektiver" Verfahren zur Selbsteinschätzung. Univ. Dipl.-Arbeit, Münster, 1973.
- : Direkte Intervention während des Gesprächsverlaufs als Ausbildungsmöglichkeit in Gesprächspsychotherapie. Diss., Münster, 1975.
- STEVENS, J. O.: Die Kunst der Wahrnehmung. Übungen der Gestalttherapie. München, 1975.

- STUART, R. B.: "Operant-interpersonal treatment for marital discord." *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol. 33/6 (1969), 675 - 682.
- STUART, R. B., F. STUART: *Marital Pre-Counseling Inventory*. Research Press, Champaign, Illinois, 1973.
- TAUSCH, R. *Gesprächspsychotherapie*. Göttingen, 1970, 1973, 1975, 1979.
- TAUSCH, R., A.-M. TAUSCH: *Erziehungspsychologie*. Göttingen, 1971.
- TAYLOR, J. L., R. WALFORD: *Simulationsspiele im Unterricht*. Ravensburg, 1974.
- TEEGEN, F.: "Gesprächspsychotherapeutische Elemente in quasi-therapeutischen Interaktionssituationen." In: GwG (Hg.), *Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie*. München, 1975.
- THIBAUT, J. W., H. H. KELLEY: *The social psychology of groups*. New York, 1959.
- TRUAX, C. B.: "The process of group psychotherapy Relationships between hypothesized therapeutic conditions and interpersonal exploration." *Psychol. Monogr.*, 75 (1961), (7. Whole No. 511).
- TRUAX, C. B., R. R. CARKHUFF: *Toward effective Counseling and Psychotherapy: Training and Practice*. 4.Aufl., Chicago, 1972 (1967).
- TSCHEULIN, D.: *Ausbildung in therapeutischem Basisverhalten*. Diss., Würzburg, 1972.
- : "Gesprächspsychotherapie als zwischenmenschlicher Kommunikationsprozeß." In: GwG (Hg.), *Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie*. München, 1975.
- : "Lernziel therapeutisches Basisverhalten." In: V. BIRTSCH, D. TSCHULIN (Hg.), *Ausbildung in Klinischer Psychologie und Psychotherapie*. Weinheim, 1980.
- VOPEL, K., R. VOPEL: *Ich und Du. Ein Kommunikationstraining für Paare*. Hamburg, 1977.
- WANNEMACHER, W.: "Kommunikationstheorie." In: K. HEINERT (Hg.), *Einstellungs- und Verhaltensänderung*. München, 1979.

WATZLAWICK, P.: "A Structured Family Interview."
Family Process, 5 (1966), 256 - 271.

WATZLAWICK, P., J. BEAVIN, D. D. JACKSON: Menschliche
Kommunikation. Bern, 1969.

WATZLAWICK, P., J. H. WEAKLAND, R. FISCH: Lösungen.
Bern, 1974.

WENDT, H.: Integrative Sexualtherapie. Am Beispiel von
Frauen mit Orgasmusstörungen. München, 1979.

WILLI, J.: Die Zweierbeziehung. Spannungsursachen -
Störungsmuster - Klärungsprozesse - Lösungsmodelle.
Reinbek, 1975.

-----: Therapie der Zweierbeziehung. Analytisch
orientierte Paartherapie - Anwendung des Kollusions-
konzepts - Handhabung der therapeutischen Dreiecks-
beziehung. Reinbek, 1978.

WITTE, E.: Versuch der Integration einiger Ehe-/
Familientherapeutischer Ansätze. Unv. Manuskript,
Hamburg, 1979.

ZIMMER, D., R. ANNEKEN, L. ECHELMEYER, K. KALUZA, H.
KLEIN, A. KLOCKGETER-KELLE: "Beschreibung und erste
empirische Überprüfung eines Kommunikationstrainings
für Paare." Mitteilungen der deutschen Gesellschaft
für Verhaltenstherapie, 4 (1977), 566 - 577.

ZIMMER, D., K. RASCHERT, M. WEINERT: Fragebogen zur
Kommunikation in der Partnerschaft (KIP). DGVT-
Materialien 11 (1978).

A N H A N G

INHALTSÜBERSICHT:

	Seite
Übungskompendium	1
Informationsblatt für Klienten	25
Erklärung zur Teilnahme an der Partnertherapie	30
Skalen zur Beurteilung des Klientenverhaltens	31
Skalen zur Beurteilung des Therapeutenverhaltens	56
Übungsmaterial zur Handhabung der Skalen	62
Klientenantworten zum Nachbefragungsbogen	70
Tabellen	80
Partnerschaftsfragebogen	89
Kommunikationsfragebogen	100
Nachbefragungsbogen (Teil A)	103
Nachbefragungsbogen (Teil B)	104
Follow-up- Fragebogen	105

Anhang

=====

Ü B U N G S K O M P E N D I U M

ZUR INTEGRATIVEN PARTNERTHERAPIE

Klientenzielbereiche

- Sich selbst mitteilen können S. 2
- Auf den anderen eingehen können S. 9
- Über die Kommunikation selbst S. 18
reden können

Zusammengestellt von:

Reiner HARDT
Gerburg KEMPER
Monika NENTWIG
Rainer QPITZ
Edith REIMANN
Cilly SCHWERDT
Christiane SEEBASS

ÜBUNGEN ZUM KLIENTENZIELBEREICH

S I C H S E L B S T M I T T E I L E N K Ö N N E N

- | | |
|-----------------------------------|----------|
| - WÜNSCHE ÄÜßERN | S. 2 - 4 |
| - PARTNERSCHAFTSVERTEILUNGSKUCHEN | S. 5 - 6 |
| - GEWITTER | S. 7 - 8 |

WÜNSCHE ÄÜßERN

ZIEL

Die Partner sollen lernen, Wünsche und Erwartungen möglichst eindeutig, klar, ohne negative Beziehungsaspekte zu äußern und durch Rückmeldungen zu kontrollieren, ob die gesendete Botschaft von der empfangenen abweicht.
- Das Entscheidende an dieser Übung ist, daß durch selektive Verstärkung schrittweise mehr Offenheit und Konkretheit der Äußerungen erreicht wird (Verhaltensformung.)

INDIKATION

Die Übung ist angezeigt, wenn es aufgrund unklarer, entstellter Mitteilungen für die Partner sehr schwierig wird, in konkreter und eindeutiger Weise gegenseitige Wünsche und Erwartungen wahrzunehmen.

VORAUSSETZUNGEN

Voraussetzung für diese Übung ist, daß die Partner einen verbesserten Kommunikationsstil erworben haben; d.h. vor Einführung dieser Übung müssen evtl. zunächst einmal Ängste, Aggressionen und Dominanzneigungen abgebaut bzw. vermindert werden (s.dazu MANDEL S. 140-179).

Die Partner sollen gewisse Verteidigungshaltungen aufgeben haben, so daß nicht mehr jeder Satz des einen den anderen mindestens zu einem Kommentar veranlaßt bzw. zu einer Gegendarstellung. Die offene Mitteilung soll unter einem so guten Beziehungsaspekt geschehen können, daß der zuhörende Partner nicht dauernd mit seinen Affekten beschäftigt ist, den die Form bei ihm auslöst, sondern so, daß er sich auf den Inhalt konzentrieren kann.

ABLAUF

Erste Phase :

Ein Partner soll (z.B.) 10 Min. lang in einer offenen Weise seine konkreten Wünsche an das Verhalten seines Partners äußern, besonders auch Dinge, die ihm peinlich, aber sehr wichtig erscheinen.

Er soll den Akzent ganz eindeutig auf Verhaltenswünsche in der Zukunft legen und nur, soweit es zur Veranschaulichung völlig unerlässlich ist, bisherige Verhaltensmängel und Verhaltensausfälle aufzeigen. Er soll das tun, ohne jeden Vorwurf, ohne Kritik, ohne irgendeinen Zwang (auch zeitlich nicht : ab heute !) ausüben(du sollst," du könntest mindestens", ...nicht wie bisher immer " etc.), völlig kommentarlos schildern, was er vom anderen erwartet, als offene Mitteilungen in optimaler Beziehungsform.

Der Therapeut greift korrigierend ein, wenn der Beziehungsaspekt in der Form von Aussage schlecht war, also wenn ironische, vorwurfsvolle, kritische Elemente hereinkommen und wenn die Aussagen nicht konkret sind.

Verstärkung durch den zuhörenden Partner:

Zunächst sollen keine Kommentare gegeben, auch keine Zwischenfragen gestellt werden. Funktion des zuhörenden Partners ist es, für jede offene, von aversiven Elementen freie und konkrete Information dem Sprecher eine positive Verstärkung, etwa in Form eines symbolischen Verstärkers zu geben.

Er sagt nicht " gut " oder " ja " (das könnte noch negative Untertöne enthalten), sondern gibt etwas, was eindeutig als Verstärker deklariert wurde.

Und zwar gibt er diese Verstärkung auch dann(dies wird in der Instruktion vereinbart), wenn er das Gefühl hat : Da bin ich etwas überfordert oder da will ich nicht mitmachen, das kann ich nicht erfüllen. Er gibt Verstärkung für die offene, aggressionsfrei Information.

Zweite Phase:

- Der Partner, der zugehört hat, hat nun die Aufgabe (wird natürlich auch schon zu Beginn besprochen), ohne jeden Kommentar und in optimaler Beziehungsform zu referieren, was der andere Partner ihm mitgeteilt hat, also ohne Einschränkung wie zum Beispiel : " Das kann ich ja unmöglich, weil du dich immer so und so verhältst. "
- Er soll versuchen, die Rückmeldung möglichst vollständig zu geben, alle konkreten Verhaltensvorschläge präzise zu wiederholen.
- Dabei wird die Rolle des Verstärkung Gebenden vertauscht: Jetzt gibt derjenige Partner, der zuerst seine Wünsche ausgesprochen hat, für jede präzise Wiederholung einer Wunschäußerung einen Verstärker.

Das ist mindestens ebenso wichtig, wie die Verstärkung in der ersten Phase. Der vorher gesprochen hat, weiß nun mit Sicherheit, daß er gehört worden ist (was zuhause in der Regel nicht der Fall war), und er verstärkt den anderen dafür, daß er sich bemüht hat, sich seine Wünsche genau zu merken.

Dritte Phase:

- Die Rollen werden vertauscht.
Der zuerst gehört hat, äußert sich nun seinerseits ; er erhält die gleiche Zeit, die gleichen Verstärker.

Vierte Phase:

- Der Zuhörer der dritten Phase wiederholt die Informationen, die er bekommen hat.

VARIANTE

Man läßt alternierend jeden Partner nur einen Wunsch nennen und den Partner die Rückmeldung geben hinsichtlich Anschaulichkeit und Realisierbarkeit für ihn und eventuellen Hemmungen hinsichtlich der Ausführung.

Andere Variante : Man läßt beide Partner, zunächst jeden für sich, einstufen, wie leicht bzw. wie schwer erfüllbar der geäußerte Wunsch ihm erscheint.

Diese Version hat zum Beispiel Vorteile, wenn die Partner um ganz bestimmte Dinge " ringen " und noch Schwierigkeiten haben, dem anderen längere Zeit zuzuhören.

MANDEL etal., 1971, S. 214-221

PARTNERSCHAFTSVERTEILUNGSKUCHEN

Ziel:

Durch die Übung sollen die Partner zur Reflexion über ihre Beziehung angeregt werden. Sie sollen sich dabei Klarheit verschaffen über unterschiedliche Präferenzen bzgl.eigener Vorstellungen, Wünsche und Interessen, die sie in der Partnerschaft verwirklichen. Durch die Übung kann ein guter Überblick über wichtige Dimensionen in der Partnerschaft geschaffen werden.

INDIKATION:

Die Übung sollte dann eingesetzt werden, wenn die Partner wenig und sehr unklare Vorstellungen haben, was sie in der Partnerschaft tatsächlich verwirklichen und welche Bereiche problematisch sind ;

- wenn zwischen eigenen Vorstellungen und denen mit und für den Partner offensichtlich keine Unterscheidung vorgenommen wird ;
- wenn es aus anderen Gründen günstig wäre, daß Therapeuten und Klienten die Partnerschaft strukturiert angehen.

VORAUSSETZUNGEN:

keine

ABLAUF:

Jeder Partner bekommt ein Blatt, auf dem oben steht :
" Was verwirkliche ich in meiner Partnerschaft ?"
Darunter sind als Anregungen aufgeführt : "mögliche Dimensionen (nur als Anregung): Sexualität, Zärtlichkeit, Vertrauen, Macht, Distanz, Selbständigkeit, Illusionen, Sorge und Pflege, gemeinsame politische Aktivitäten, gemeinsame Berufsausübung, gemeinsame Freizeit, Diskussionen und vieles mehr."

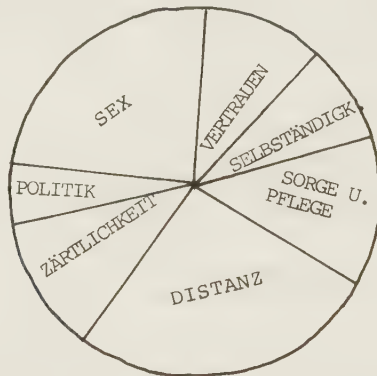
Darunter ist ein großer Kreis, der den Rest des Blattes ausfüllt. Der Kreis soll aufgeteilt werden in verschieden große Segmente, wobei die Größe Aufschluß gibt über die Bedeutung des Bereichs.

Zeitbegrenzung : ca. 10 Min.

Was verwirkliche ich in meiner Partnerschaft ?

mögliche Dimensionen (nur als Anregung) :
Sexualität, Zärtlichkeit, Vertrauen, Macht, Distanz,
Selbständigkeit, Identitätsverteidigung, Illusionen,
Sorge und Pflege, gemeinsame politische Aktivitäten,
gemeinsame Berufsausübung, gemeinsame Freizeit, Dis-
kussionen.....

Beispiel:



Auswertung: Die Partner erklären ihre Segmente und sprechen
über Diskrepanzen und überraschende Einteilungen

Variationen: Es kann sowohl der Ist-Zustand als auch der
Soll-Zustand dargestellt werden.

Literatur: Schwäbisch/Siems (Energieverteilungskuchen, abge-
wandelt) , 1974.

GEWITTER

Ziel:

Die Partner sollen lernen, den Ärger und die Wut des Partners als dessen Gefühl zu begreifen, das zunächst nichts mit der eigenen Person zu tun hat. Dazu verhilft die Einstellung: " Aha, der andere hat seinen Ärger und das ist sein Problem." In dieser Übung soll also zunächst der Schritt gemacht werden, sich von dem Ärger des Partners nicht erschüttern zu lassen.

Die übertriebene Ausdrucksweise von Feindseligkeitsgefühlen mit allen Mitteln der Übersteigerung, des Sarkasmus, auch des vulgären, erhöht paradoxerweise die Kontrollmöglichkeit dieser Gefühle und macht sie besser handhabbar.

INDIKATION:

Bei momentanem Aggressionsdruck der Partner, der für weitere konstruktive Gespräche hinderlich wäre, wirkt die Übung befreiend und setzt die Angst vor offen gezeigten Aggressionen herab.

KONTRAINDIKATION:

Während einer konfliktreichen Auseinandersetzung kann die Übung dazu führen, daß ein Partner sich degradiert fühlt, der Konflikt lächerlich gemacht wird, oder daß eine notwendige Lösungsfindung abgebrochen wird.

Ablauf:

Vor Beginn einigen sich beide Partner auf eine Zeitbegrenzung (2-4 Min.) Es folgt eine kurze Reflexionsphase, in der sich die beiden ganz auf ihren Ärger, ihre Wut, Schimpfwörter usw. konzentrieren.

Beide Partner stellen sich in einiger Entfernung voreinander hin. Jeder soll so viele fiktive Anklagen, Vorwürfe, Ärger- und Wutausbrüche spielen, wie es ihm möglich ist. Er soll dabei so laut wie möglich sein und keine Gesprächspausen entstehen lassen. Beide Partner sollen nicht darauf hören, was der andere sagt oder schreit, sie sollen so mit ihrem eigenen 'Gewitter' beschäftigt sein, daß sie schon akustisch gar nicht mehr verstehen können, was der andere sagt. Jeder kann soviel an kreativen Feindseligkeiten anhäufen, wie möglich - ohne Rücksicht auf den Partner .

In einer idealen Gewitter-Übung wissen die Partner hinterher tatsächlich nicht, was der andere gesagt hat.

Der Therapeut unterbricht die Übung, wenn ein Partner vorübergehend abschaltet. Er kann den Vorschlag machen, daß dieser Partner einen bestimmten Satz immer wiederholt o.ä. " Du dreckige, faule Wanze !" Wenn auch das nichts hilft, wird die Übung abgebrochen.

Nach Ablauf der festgesetzten Zeit wird auf jeden Fall abgebrochen.

Auswertung:

Die Partner sprechen über ihre Erfahrungen mit der Übung. Alle Versuche, die inhaltlichen Aussagen der Übung aufzugreifen und zu analysieren, werden rigoros gestoppt.

Beispiel:

(Nach : Wer hat Angst vor Virginia Woolf ?" E.ALBEE)

G: Ungeheuer !
M: Schwein !
G: Bestie !
M: Canaille !
G: Nutte !

VARIATION:

" Vesivius " siehe Bach, Agg.Lab, S. 115

Die Wutausbrüche sind nicht auf den Partner bezogen, sondern richten sich gegen alles Unangenehme, daß die Partner gerade erlebt haben.

LITERATUR:

Schwäbisch/Siems, 1974, S. 215
Bach, (Agression Lab.)1972, S. 115

ÜBUNGEN ZUM KLIENTENZIELBEREICH

AUF DEN ANDEREN EINGEHEN KÖNNEN

- | | |
|-------------------------------|------------|
| - KONTROLLIERTER DIALOG | S. 10 - 12 |
| - PARTNERZENTRIERTES GESPRÄCH | S. 13 - 15 |
| - PARADOXES ROLLENSPIEL | S. 16 - 17 |

DER KONTROLLIERTE DIALOG

ZIEL:

In dieser Übung soll geübt werden, vor dem Aussprechen jedes eigenen Gedankens, den vorangegangenen Satz des Partners mit eigenen Worten wiederzugeben. (Paraphrasierung).

INDIKATION:

Die Partner unterbrechen sich dauernd, keiner hört auf das, was der Partner ihm eigentlich sagen wollte ; ein Partner monologisiert häufig, der andere hört nicht mehr zu ;

VORAUSSETZUNG:

Die Verarbeitung unbewältigter Probleme im Gespräch mit einem anderen Menschen ist nur dann möglich, wenn der Sprecher das Gefühl vermittelt bekommt,

- ich werde verstanden;
- ich werde nicht bewertet, sondern akzeptierend angehört;
- mein Partner ist an meinen Gefühlen und Gedanken interessiert.

ABLAUF:

Der jeweilige Partner soll, bevor er auf den Gesprächsbeitrag des Partners antwortet oder seine eigene Meinung darstellt, in seinen Worten versuchen, zu wiederholen, was sein Partner gesagt hat. Er versichert sich gleichzeitig, ob er ihn richtig und vollständig verstanden hat, und gibt dem Sprecher die Möglichkeit, zu ergänzen oder richtig zustellen. Erst wenn der Sprecher glaubt, richtig verstanden worden zu sein, kann der Zuhörer nun seinerseits seine Ansicht oder Meinung zu dem Gesprächsthema vorbringen. Auch sein Beitrag wird wiederholt von seinem Partner, bevor dieser antwortet. Das Gespräch verläuft also abwechselnd und ist ständig durchsetzt mit Wiederholungen der Beiträge des anderen.

Um diese Regel einhalten zu können, ist es wichtig, daß die einzelnen Gesprächsbeiträge nicht allzu lang werden, da der Zuhörer überlange Äußerungen nicht entsprechend wiederholen kann.

Ein schnellerer Wechsel zwischen Sprecher- und Zuhörerrolle erhöht die Aufmerksamkeit bei beiden Partnern, und auf diese Weise wird vermieden, daß ein Partner in eine passive Rolle gedrängt wird, die es ihm unmöglich macht, seinen Standpunkt darzustellen.

Beispiel:

A: " Also, wenn ich das alles höre, dann glaube ich, daß wir beide zunächst einmal einige Zeit brauchen werden, um uns in den Ablauf einzufinden zu können."

B: " Du meinst, daß wir uns erst mal an die Übung gewöhnen müssen?"

(Tonfall offen-fragend:)

(A: " HmHm")

Ich bin genau derselben Meinung. Besonders sehe ich die Gefahr, daß mir alles viel zu langsam geht und ich das Gefühl bekomme, das Ganze geht nicht voran."

A: "Habe ich dich richtig verstanden, daß du die Gefahr siehst, daß du zu ungeduldig bist und zu leicht enttäuscht wirst!?"

(B: " HmHm")

Ich könnte mir vorstellen, daß dabei aber hilft, wenn wir uns von vornherein sagen, daß wir sehr viel Geduld haben müssen."

B: "Du meinst, daß wir uns nicht zuviel vornehmen sollten ?!"

(A:"Nein, ich glaube, wir müssen damit rechnen, daß wir viel Zeit brauchen werden.")

Du meinst, wir sollten nicht gleich eine völlige Umkrempung unserer Persönlichkeiten und unserer Beziehung versprechen?!"

(A:" HmHm")

Ich.....usw...usw.

Auch für das partnerzentrierte Gespräch ist diese Übung eine wichtige Vorübung.

VARIATION:

Im Anschluß an den kontrollierten Dialog TONBAND-Feedback.

VERHALTEN DER THERAPEUTEN BEI STÖRUNGEN

Bei Störungen sollen die Therapeuten eingreifen z.B.:
wenn die Äußerungen eines Partners zu lang werden,
wenn keine freundliche akzeptierende Atmosphäre mehr
herrscht oder wenn ein Partner den anderen bewußt falsch
versteht und ihn falsch oder unzutreffend wiederholt.

AUSWERTUNG:

1. Selbstfeedback der Klienten
2. Feedback der Therapeuten

Welche Arten von Problemen machen es für zwei Menschen
schwierig, sich in einer Unterhaltung einander ausreichend
zu verstehen ?

Häufige Fehler auf der Seite der Sprechenden:

- Organisiert seine Gedanken nicht, bevor er spricht
- Drückt sich ungenau aus
- Versucht, zuviel in einer Aussage unterzubringen, so
daß sie verwirrend wirkt. Die Wirksamkeit nimmt mit
der Kürze zu.
- Bringt zuviele Ideen in seine Äußerungen ein, oft unter-
einander nicht verbunden, so daß eine Zusammenfassung
für den Partner oft schwierig ist.
- Redet aus Unsicherheit immer weiter, ohne die Auffassungs-
kapazität seines Partners abzuschätzen;

Fehlende Resonanz bei langem Sprechen erhöht ein Bestätigungs-
bedürfnis, das wirkungslos bleiben muß.

- Übersieht bestimmte Punkte der Antwort des vorausgegangenen
Sprechers und antwortet daher nicht aktuell zu dem, was
zuvor gesagt wurde.

Häufige Fehler auf der Seite des Zuhörers:

- Hat keine ungeteilte Aufmerksamkeit.
- Denkt schon an eine Antwort, anstatt aufmerksam zuzuhören,
legt sie sich zurecht, während der Partner noch spricht.
Erfolg: Er kann nicht vollständig wiederholen.
- Neigt eher dazu, auf Details zu hören und sich evtl. über
sie zu echaffieren anstatt den ganzen Sinn und die wesent-
lichen Mitteilungen zu erfassen.
- Denkt den Gedanken des Sprechenden schon weiter, wieder-
holt mehr, als der Partner gesagt hat.
- Versucht, weniger Vertrautet in seine Denkschemata zu
pressen.

LITERATUR:

Schwäbisch/Siems, 1974, S. 97 f, 168 f
Antons, 1973, S. 87 f .

DAS PARTNERZENTRIERTE GESPRÄCH - DAS VERBALISIEREN

EMOTIONALER ERLEBNISINHALTE

ZIEL:

Im Unterschied zum kontrollierten Dialog lernen die Partner, nicht nur die Aussagen ihres Partners in ihren Worten zu wiederholen, sondern besonders den gefühlsmäßigen Inhalt und die Erlebnisinhalte der Aussagen ihres Partners aufzugreifen. Im Unterschied zum k.D. sind hier für eine längere Zeit die Rollen fest eingeteilt, so daß in dieser Zeit sich das Gespräch nur um einen Partner und seine Probleme bewegt, während der andere versucht, sich nur auf diesen einzustellen.

INDIKATION:

Wenn ein Partner ein Problem hat und mit dem anderen darüber sprechen möchte.

Für manche Situationen ist das partnerzentrierte Gespräch in einer Partnerschaft nicht angebracht, z.B. für einige Phasen im Konfliktgespräch. Da ist es wichtig, daß auch der andere Partner Stellung nimmt und von seinen Gefühlen spricht.

VORAUSSETZUNG:

Fördernde und hemmende Reaktionsweisen (s.u.) sollen mit den Klienten besprochen werden und die Voraussetzungen von kontrollierten Dialog bekannt sein.

Fördernde und hemmende Reaktionsweisen:

1. Fördernde Reaktionsweisen sind alle Reaktionen, die dem Gesprächspartner vermitteln,
 - daß seine Gefühle und Gedanken verstanden und akzeptierend, nicht- wertend gehört und aufgenommen werden ;
 - daß man aktiv engagiert und beteiligt am Gespräch ist ;
 - daß man sich selbst offen mit seinen eigenen Gedanken und Gefühlen in das Gespräch einbringt..

Solche fördernden Reaktionsweisen sind z.B.:

- aktives, aufmerksames und akzeptierendes Zuhören (vgl. Voraussetzungen zum k.D.)
- Paraphrasieren (siehe k.D.)

Verbalisierung der gefühlsmäßigen Erlebnisinhalte;

Der Partner teilt dem anderen mit, welche Gefühle er aus seiner Äußerung herausgehört hat.

Wahrnehmungsüberprüfung:

Ein Partner sagt dem anderen, wie er sein Verhalten hier und jetzt wahrnimmt. Beispiel : " Ich habe den Eindruck, daß du jetzt aufgeregt bist, stimmt das?"

Informationssuche:

Gemeint sind hier Fragen, die sich genau auf das beziehen, was der Gesprächspartner geäußert hat.

Mitteilung der eigenen Gefühle:

Der eine Partner äußert, wie er sich selbst dem besprochenen Problem gegenüber fühlt. Er macht damit transparent, was er darüber denkt und fühlt.

Der Versuch aber, den Gesprächspartner zu überzeugen, daß er diese Gedanken und Gefühle übernehmen sollte, wird ihn in seinem Gefühlsausdruck hemmen.

2. Hindernde Reaktionsweisen sind alle diejenigen, die

- dem Partner seine Gefühle 'nehmen', d.h., ihm vermitteln, daß er diese Gefühle gar nicht haben und äußern dürfte;
- ihm das Gefühl der Unterlegenheit und Bedeutungslosigkeit vermitteln;
- ihm vermitteln, daß man ihm nicht zutraut, daß er mit Hilfe der partnerzentrierten Reaktionen allein eine Lösung für sein Problem finden wird.

Solche Reaktionsweisen sind z.B.:

Wechsel des Themas ohne Erklärung.
Beenden des Blickkontaktes.
Interpretationen.
Ratschläge und Überredung.
Verneinung der Gefühle.
Emotionale Verpflichtungen.

Beispiel:" Wie kannst du nur so schlecht über..... denken, wo er doch immer so nett zu dir was ,"

Die Benutzung der offenen Äußerungen als Kampfmittel.

ABLAUF:

Einer der Partner beginnt damit, dem anderen ein persönliches Problem darzustellen. Der andere Partner reagiert partnerzentriert (siehe oben - fördernde Reaktionsweisen.)
Nach einer vorher festgelegten Zeit wird abgebrochen und die Rollen gewechselt.

VARIATION:

Ärger kennenlernen

Wenn die Partner langsam lernen, zunächst den Ärger ihres Partners als seinen Ärger aufzufassen, bei dem noch gar nicht klar ist, ob und wie er mit ihnen zu tun hat, dann wird es ihnen auch möglich sein, sich zunächst ganz auf ihren Partner einzustellen und partnerzentriert auf ihn reagieren zu können. Der Partner hilft sich und dem Partner, den Ärger erst einmal besser kennen zu lernen und zu verstehen. Danach ist es wichtig, daß der andere Partner selbst in einer "Ich-" Aussage zu dem Ärger Stellung nimmt.

AUSWERTUNG:

1. Selbstfeedback der Klienten
2. Feedback der Therapeuten

(siehe hierzu auch unter Auswertung beim kontrollierten Dialog)!

LITERATUR:

Schwäbisch/Siems, 1974, S. 97 f, 186 f .

DAS PARADXE ROLLENSPIEL

ZIEL:

Durch Auflockerung festgefahrener Rollenpositionen soll unproduktiver Streit in einen konstruktiveren umgewandelt werden.

Es sollen Verhaltensänderungen in positiver Richtung ermöglicht werden, dadurch, daß ein Partner Reaktionsmuster modelliert, die vom anderen realisierbar sind. Jeder der Partner soll üben, sich in den anderen hineinzuversetzen.

Ein Ziel dieser Übung kann u.a. auch die Bewußtmachung von Doppelbindungen sein. Sie kann zur Entdeckung führen, daß ein Partner häufig gar nicht weiß, was er vom anderen wirklich will, weil er oft Unvereinbares gleichzeitig erwartet.

VORAUSSETZUNG:

Bereitschaft jedes Partners, dem anderen zu demonstrieren, wie er sich befriedigender verhalten könnte.

INDIKATION:

Die Partner sprechen in der Therapiestunde über ein Problem, das ihnen emotional zu schaffen macht, über einen "Konfliktherd", in unproduktiver Weise mit festgefahrenen Standpunkten.

In akuten Krisen, wenn die Partner enttäuscht über einen (vor der Therapiestunde) erlebten destruktiven Streit ankommen. Zur Aufarbeitung länger zurückliegender Konflikte, die die Gegenwart des Paares noch schwer belasten.

ABLAUF:

Die Therapeuten fordern die Partner auf, ihre Rollen zu tauschen, jedoch nicht so, daß jeder den anderen einfach imitieren soll, wie er ihn sieht und erlebt (dies könnte leicht zu einem aggressiven Karikieren des Partners führen). Vielmehr soll jeder versuchen, den anderen e i n e r s e i t s so zu spielen, wie er ihn gerne hören würde, aber a n d e r e r s e i t s auch so, daß er glaubt, ein solches Verhalten wäre seinem Partner möglich, ohne daß dieser dabei bzw. dadurch seine eigenen Bedürfnisse, Ärgerreaktionen und Ängste verleugnen müßte.

BEISPIEL:

A will beim Essen reden, B nicht.

B (spielt A): " Mir ist der Kopf so voll, ich konnte den ganzen Tag nicht mit Erwachsenen reden. Ich weiß, Du brauchst auch Deine Ruhe. Ich möchte Dir kurz erzählen, was mir im Kopf herumspukt und dann warten, bis wir beide Ruhe zu einem Gespräch haben. "

Jeder Partner soll also bei seinen Verhaltens-Vorschlägen (die in direktem Wortlaut, also nicht bloß in Form von Umschreibungen gegeben werden müssen) so verfahren, daß er die Überzeugung hat : " das wäre drin!" (in der Real-situation außerhalb der Therapiesitzung). Die Zeit, in der die Partner mit diesen vertauschten Rollen reden, wird vorher von den Therapeuten auf ca. 15 Min. festgelegt.

VARIATION:

Der jeweils zuhörende Partner kann gleich direkt Hinweise sowohl für den Inhalt als auch für die Form einer günstigeren Kommunikation geben. Er soll konkrete Vorschläge in wörtlicher Rede machen. Manchmal kann hierbei das paradoxe Rollenspiel übergehen in die Situation, bei der jeder sich selber spielt, aber so, wie er realistisch gesehen besser reagieren könnte.

VERHALTEN DER THERAPEUTEN BEI STÖRUNGEN:

Interventionen seitens der Therapeuten erfolgen, wenn vermutet wird, oder offensichtlich ist, daß der gerade verbal reagierende Partner entweder den anderen mit seinem Vorschlag überfordert bzw. verkennt oder er sich selbst zu sehr verleugnet, d.h., einen Vorschlag macht, der ihn selbst dann noch nicht befriedigen würde. Ggf. muß die Leitlinie der Instruktion, daß das vorgeschlagene Verhalten dem anderen Partner auch tatsächlich möglich wäre, öfter während der Übung wiederholt werden.

- War es schwierig, sich in den anderen einzufühlen ?
- Hat jeder Partner brauchbare Hinweise (für sein Verhalten in Zukunft) bekommen ?
- Könnten die Partner sich so, wie sie vom anderen gerne gehört und gesehen werden, akzeptieren ?
- Die Erfahrung in der Übung kann übertragen werden auf Konfliktsituationen zu Hause, wo die Partner Signalworte, wie sinngemäß etwa : " Sag mir doch, wie ich es Dir sagen soll !" verwenden.

LITERATUR:

MANDEL, et al. 1975, S. 23ff.

ÜBUNGEN ZUM KLIENTENZIELBEREICH

ÜBER DIE KOMMUNIKATION SELBST REDEN KÖNNEN

- | | |
|-----------------------------------|------------|
| - VERMUTUNGEN ÄUßERN | S. 19 - 20 |
| - AUG-IN-AUGE KONTAKTÜBUNG | S. 21 |
| - MIR GEFÄLLT - MICH STÖRT AN DIR | S. 22 |
| - KONFLIKTGESPRÄCH | S. 23 - 24 |

VERMUTUNGEN ÄÜßERN

ZIEL:

Vermutungen über den Partner sollen geklärt bzw. überprüft werden. Eigene Vorurteile, die Wahrnehmung und Verhalten beeinflussen, sollen erkannt werden.

VORAUSSETZUNGEN:

Bereitschaft, die eigene Wahrnehmung durch den Partner korrigieren zu lassen ; Bereitschaft, eigene Wahrnehmung als Vermutung anzusehen.

INDIKATION:

Die Therapeuten haben den Eindruck, daß die Partner übereinander spekulieren, häufig ungeprüfte Äußerungen übereinander machen ; entweder ausgesprochen (etwas wird als Tatsache hingestellt) oder unausgesprochen (als nicht zu hinterfragende Vorannahme).

ABLAUF:

lomin. Übung

Die Partner sollen sich abwechselnd Vermutungen übereinander mitteilen. Sie sollen auf die Vermutungen weder verbal noch nonverbal reagieren. Wenn einem der Partner nichts mehr einfällt, kann er einmal aussetzen. Die Reihenfolge soll eingehalten werden. Die Partner beginnen jede Äußerung mit den Worten : Ich vermute, daß du Ich habe den Eindruck, daß du

BEISPIEL:

- P 1 : Ich vermute, daß du in der letzten Woche gar nicht so glücklich im Beruf warst, wie du sagtest.
P 2 : Ich vermute, daß du dich auf den Abend bei H. sehr freust.
P 1 : Ich habe den Eindruck, daß du dich in letzter Zeit distanziert von den Kindern fühlst.
P 2 : Ich vermute, daß du vorhin bei dem feedback Spiel Überraschter warst, als du es mir gesagt hast.

AUSWERTUNG:

Die Partner sprechen darüber, wie sie sich während der Übung gefühlt haben. Was für Gefühle lösen Vermutungen der Art/ Ich weiß es schon besser als du/ aus? Diskussion über die geäußerten Vermutungen, Stellungnahmen dazu. Gespräch über : Wie gehen die Partner normalerweise mit ihren Vermutungen um, wie in Zukunft?

LITERATUR:

Schwäbisch/Siems, 1974 ,S. 194/195

AUG - IN AUG - KONTAKTÜBUNG

ZIEL:

Die Partner sollen lernen, wie wichtig Blickkontakt/Körperkontakt gerade bei Gesprächen über problematische Themen sind. Es soll ihnen klar werden, daß oft erst durch die Verweigerung von Blick- bzw. Körperkontakt Situationen problematisch werden.

VORAUSSETZUNGEN:

Beide müssen Kritik haben können und verarbeiten. Nicht, wenn unheimlich destruktive Atmosphäre herrscht. Gewisse Vertrauensbasis muß da sein.

INDIKATION:

Die Übung ist besonders in destruktiven Streitsituationen angezeigt.

ABLAUF:

1. Die Partner sprechen miteinander, während sie sich den Rücken kehren (entspricht einer Situation in der Küche, wenn Geldangelegenheiten erörtert werden, während die Frau kocht).
2. Die Partner wenden sich in vollem Blickkontakt, aber schweigend einander zu (Annahmen über Gefühle und Gedanken des anderen in dieser Situation werden anschließend erörtert.)
3. Die Partner berühren sich schweigend unter Beibehaltung vollen Blickkontaktes.
4. Die Partner halten sich schweigend die Hände bei geschlossenen Augen.
5. Die Partner sprechen miteinander und sehen sich an, berühren sich aber nicht.
6. Die Partner streiten bei vollem Augen- und Handkontakt miteinander.

Wichtig ist, daß die Therapeuten vorher die einzelnen Phasen des Ablaufs mit Zeitangaben vorstellen und auf die Einhaltung achten. Dauer der gesamten Übung: 10 Min.

AUSWERTUNG:

Die Partner teilen sich ihre Gefühle in den einzelnen Phasen mit. Sie machen die Erfahrung, daß es (in destruktiver Weise) kaum möglich ist, zu lügen oder zu streiten (im Sinne einer reziproken Hemmung)!

LITERATUR:

"MIR GEFÄLLT" - "MICH STÖRT" AN DIR

ZIEL:

Die Partner sollen lernen in angemessener und offener Weise positives und negatives Feedback zu geben und anzunehmen. Es soll mit dieser Übung die Erfahrung gemacht werden können: " Ich kann meine Meinung sagen, der andere hört zu und ist sogar bereit, mit mir darüber zu sprechen."

INDIKATION:

Die Therapeuten haben den Eindruck:

- die Partner wissen zu wenig voneinander
- positives oder negatives Feedback wird zu wenig oder gar nicht gegeben.

ABLAUF:

Ein Partner äußert (ca. 5 Min. lang) alles, was ihm am anderen gefällt und was ihn stört. Positives und negatives Feedback sollen dabei möglichst abwechselnd gegeben werden. Es soll darauf geachtet werden, daß die Sätze mit " mir gefällt an die " bzw. " mich stört an dir " beginnen. (Durch diese Regelung kann das Feedback- Geben und - Nehmen erleichtert werden).

Der andere Partner hört während dieser 5 Min. nur zu, antwortet nicht und nimmt keine Stellung (erst bei der Auswertung.)

Nach den 5 Min. (oder wie vereinbart) werden die Rollen der Partner vertauscht.

AUSWERTUNG:

- Ausführliches Mitteilen der Erlebnisse und Gefühle jedes Klienten beim reden und beim Zuhören.
- Feedback der Therapeuten.

LITERATUR:

Schwäbisch/Siems, 1974, S. 195 - 197.

KONFLIKTGESPRÄCH

ZIEL:

Partnerschaftliche Lösung eines Konflikts, so daß beide der Lösung zustimmen, ihre Interessen berücksichtig finden.

VORAUSSETZUNGEN:

Partner müssen können: kontrollierter Dialog, Rollentausch, Wünsche äußern.

ABLAUF: (max. 60 Min.)

1. Einigung auf einen Konflikt (möglichst eng umrissen, konkret definiert).
2. Darstellung der verschiedenen Interessen, ohne Kommentar, mit sinngemäß dem Nachsatz " und ich möchte, daß wir beide hierfür gemeinsam eine Lösung suchen." Rollentausch.
3. Hintergrundsbedürfnisse herausarbeiten, Partner 1 spricht von seinen Gefühlen und Erlebnissen, die er mit diesem Konflikt verbindet, Partner 2 reagiert partnerzentriert ca. 5 Min.; umgekehrt, dann evtl. Übergehen zum kontrollierten Dialog, evtl. Wünsche formulieren.
4. Brainstorming
Partner denken mögliche Lösungen aus und halten sie schriftlich fest (auch unsinnige, unpraktische usw.).
5. Einigung auf eine Lösung, die beide Partner gleichermaßen befriedigt. Vorhandene Bedenken sollen unbedingt ausgesprochen werden, es soll so lange diskutiert werden, bis beide mit der Lösung zufrieden sind. Gegebenenfalls sollte " eine Vertagung " ausgehandelt werden. Die Lösung wird schriftlich festgehalten, evtl. (je nach Problem) können Konsequenzen festgelegt werden.

VARIATION:

Tonband-Feedback einzelner Phasen.

BEISPIEL:

1. " Dein Verhalten, wenn ich einmal bei Bekannten bin und später nach Hause komme, stört mich. Ich möchte mit Dir darüber reden."
2. Partner 1 : Wenn ich abends länger bei Bekannten war, dann verhältst du dich so, daß ich ein schlechtes Gewissen bekomme, und das paßt mir nicht. Ich möchte, daß wir beide für dieses Problem eine Lösung suchen."
Partner 2 : " Wenn du abends spät von deinen Bekannten kommst, ärgere ich mich darüber, und möchte, daß du in Zukunft dann kommst, wenn du es angekündigt hast. Ich möchte, daß wir beide gemeinsam hierfür eine Lösung suchen."

3. Partner 1 : Wenn reagierst du so, als ob ich ein Verbrechen begangen hätte.
Partner 2 : Du hast das Gefühl, daß ich es nicht gern sehe.
Partner 1 : Genau
Partner 2 : Du fühlst dich von mir eingeengt usw.

Die neuen Wünsche heißen:

- P 1 : Ich wünsche mir, daß ich in vermehrtem Maße mit meinen Bekannten zusammen sein kann, ohne daß ich befürchten muß, daß du dich allein langweilst oder glaubst, daß ich dich weniger liebe.
- P 2 : Ich wünsche mir von dir, daß du bei diesem Weg langsam vorgehst, so daß ich auch umlernen kann. Besonders wichtig wäre es mir, wenn wir in solchen Situationen auch noch etwas Zeit für uns beide haben. Deswegen wünsche ich mir, daß du die Zeiten einhältst, wenn du dich mit mir verabredest und vorher andere Verabredungen hast.
4. Besuche einschränken, Freunde nach Hause einladen, Freunde gemeinsame besuchen, eigene Bekannte suchen, P 1 überlegt genau, ob er Verabredungen mit P 2 einhalten kann, er trifft nur sichere Verabredungen, umfassendes Konfliktgespräch über Bedürfnisse nach Unabhängigkeit, P 1 muß für jedes Zuspätkommen zum Essen einladen.
5. P 1 trifft so viele Verabredungen wie er möchte, hält sich strikt an die Zeiten, wenn er sich mit P 2 verabredet hat. P 2 versucht seine Freude, daß P 1 kommt, diesem zu vermitteln, und spricht erst danach von seinen Gefühlen - ohne P 1 einen Vorwurf zu machen. P 1 kümmert sich nach jeder anderen Verabredung darum, daß er sich ebenso intensiv wie um die anderen Bekannten um P 2 kümmert und ihm ausführlich von seinen Erlebnissen erzählt.

AUSWERTUNG:

Verständnisvoll, offen, akzeptierend kommuniziert ?
Versuch, Partner einzuschüchtern, ins Unrecht zu setzen usw. Verstanden sie einander auch bei unterschiedlicher Meinung ? Gemeinsame Überlegung, auf welche Weise diese Form der Konfliktbewätigung im Alltag angewendet werden kann.
Evtl. als Hausaufgabe Konfliktgespräch an einem festgelegten Thema.

Westfälische Wilhelms-Universität
Psychologisches Institut
Abteilung für Klinische Psychologie
- Prof. Dr. H. Bommert -
- Dipl.-Psych. C. Schwerdt -

44 Münster (Westf.), den
Rosenstraße 9
Tel. Durchwahl (0251) 490

PARTNERTHERAPIE

Informationsblatt für Klienten

WIE WIRD BEI UNS IN DER PARTNERTHERAPIE GEARBEITET?

Sie haben sich überlegt, an einer Partnertherapie teilzunehmen, was bedeutet, daß Sie sich gemeinsam um eine Lösung Ihrer Probleme bemühen wollen und dabei Unterstützung suchen. Wir wollen Ihnen hierzu folgende Möglichkeit anbieten:

Erfahrungen haben gezeigt, daß Schwierigkeiten in Ehen und Partnerschaften oft dadurch entstehen, daß es den beiden Partnern nicht mehr möglich ist, offen und angstfrei miteinander zu reden, den anderen zu verstehen, gemeinsam Probleme zu lösen. Eine Liste solcher, scheinbar aussichtsloser Situationen können Sie sicherlich aus eigener Erfahrung ergänzen.

Andererseits konnte bisher durch Praxis in der Therapie und durch einige wissenschaftliche Untersuchungen gezeigt werden, daß grundsätzliche Beziehungsprobleme dadurch verbessert werden können, daß das "gegenseitige miteinander Umgehen" verbessert wird.

Daraus ziehen wir den Schluß, daß es sinnvoll und wichtig ist, daß die Therapeuten mit Ihnen Ihre Probleme gemeinsam bearbeiten und Sie bei den Bemühungen unterstützen, Ihre Lage so zu verändern, daß sie für Sie beide zufriedenstellend wird. Das bedeutet auch, daß Ihnen Lernmöglichkeiten gegeben werden, Ihre Verhaltensweisen in wichtigen Bereichen des gegenseitigen miteinander Umgehens zu verändern. Hiermit ist z. B. gemeint, daß Ihnen die Möglichkeit gegeben wird:

- Ihre Fähigkeit zu verbessern, sich selbst mitzuteilen, bzw. Ihre Wünsche, Bedürfnisse, Empfindungen und Ängste Ihrem Partner klar und deutlich zum Ausdruck zu bringen;

- Verhaltensweisen kennenzulernen und einzuüben, die es Ihnen erleichtern, Ihren Partner besser zu verstehen;
- eine Art und Weise herauszufinden, in der Sie offen miteinander reden können, auftauchende Probleme gemeinsam besprechen und Lösungen finden können, die für beide Partner zufriedenstellend sind.

Sie würden also von der Therapie z. B. etwas Falsches erwarten, wenn Sie davon ausgingen, daß durch die Therapeuten die äußeren Bedingungen Ihrer alltäglichen Situation schlagartig geändert würden. D.h., die Therapeuten gehen z. B. nicht mit Ihnen auf Wohnungssuche, zum Arbeitsamt u. ä. Sie tragen selbst weiterhin die Verantwortung für das, was Sie tun, aber die Therapeuten unterstützen Sie dabei, zu Ihrer eigenen Entscheidung zu kommen und neue Verhaltensweisen auszuprobieren.

Wir gehen außerdem davon aus (wie wir bereits erwähnt haben), daß Sie durch offeneres miteinander Reden und stärkeres gegenseitiges Verständnis auch in anderen Bereichen Veränderungen, die Sie sich wünschen, erreichen können.

WIE SEHEN DIE THERAPIESTUNDEN AUS?

In jeder Therapiesitzung wird zu viert zusammengearbeitet: Sie und Ihr (Ehe-) Partner und zwei Therapeuten (einer männlich, einer weiblich); während der Dauer der gesamten Therapie werden immer dieselben Therapeuten mit Ihnen zusammenarbeiten.

Es hat sich als günstig erwiesen, daß jede Therapiesitzung mit beiden Klienten und beiden Therapeuten durchgeführt wird. Sie treffen sich deshalb immer zu viert, Einzelgespräche finden also nicht statt. Damit anschließend die Therapeuten untereinander auf schwierige Situationen für sich zurückgreifen und sich eventuell mit weiteren Therapeuten beraten können, nehmen wir alle Therapiegespräche auf Tonband auf. Dadurch werden besonders problematische Situationen mit äußerster Sorgfalt bearbeitet. Nur ein enger Kreis wissenschaftlichen

Forschungspersonals kommt mit den Tonbandaufnahmen in Berührung. Ihre Anonymität ist dadurch in keiner Weise angetastet. Ihr Name tritt nicht in Erscheinung, anstelle Ihres Namens verwenden wir Code-Nummern. Daß die Tonbandaufnahmen sachgemäß und völlig anonym behandelt werden, ist selbstverständlich und wird Ihnen von uns schriftlich zugesichert.

WIE IST DER ZEITLICHE ABLAUF GEPLANT?

Die Partnertherapie besteht aus insgesamt 12 Therapiesitzungen, je einmal wöchentlich 90 Minuten.

Wissenschaftliche Erfahrungen haben gezeigt, daß dieser Zeitraum normalerweise ausreichend ist, um zu positiven Veränderungen zu kommen.

WELCHE VERPFLICHTUNGEN GEHEN SIE EIN? WELCHE VERPFLICHTUNGEN GEHEN WIR EIN?

Die Partnertherapien, die wir durchführen, stehen unter wissenschaftlicher Begleitung. D.h., daß die Therapien für die Forschung ausgewertet werden und der Verbesserung von Partnertherapie zugute kommen. Das bedeutet zugleich, daß Ihnen persönlich die Ergebnisse vorangegangener Untersuchungen zugute kommen, die hier von den Therapeuten besonders berücksichtigt werden.

Wenn Sie mit uns arbeiten wollen, beinhaltet das deshalb, daß Sie einen Vertrag unterschreiben, der folgende Punkte umfaßt:

- Sie sind bereit, an einer Voruntersuchung teilzunehmen, in der Ihnen schriftlich einige Fragen gestellt werden (zu Ihrem Verhalten in der Freizeit und Problemen in der Partnerschaft) und außerdem ein Vorgespräch stattfindet. (Die Therapeuten haben keine Einsicht in die Beantwortung Ihrer Fragen, so daß Sie sich nicht von vornherein von Ihren Therapeuten irgendwie beurteilt fühlen müßten.)
- Sie sind bereit, im Anschluß an jede Therapiesitzung kurz schriftlich ein paar Fragen zu beantworten.

- Sie verpflichten sich, an allen 12 Therapiesitzungen teilzunehmen. Die regelmäßige Teilnahme ist auch Voraussetzung, damit Sie die von Ihnen gewünschten Veränderungen erreichen können.
- Sie sind bereit, an einer Nachuntersuchung teilzunehmen, die drei Monate nach Beendigung der Therapie stattfindet. Es soll damit festgestellt werden, inwieweit Ihnen die Therapie geholfen hat.

Für uns bedeutet es, wenn wir mit Ihnen zusammenarbeiten:

- Wir sichern Ihnen bei allen 12 Therapiesitzungen die Zusammenarbeit mit zwei Therapeuten zu. Dies kann sonst aus terminlichen Gründen oft nicht geleistet werden.
- Die Therapeuten arbeiten in einem Team zusammen und können sich gegenseitig beraten.
Dies erhöht die Wirksamkeit der Behandlung Ihrer speziellen Problematik.
- Wir verpflichten uns schriftlich, Ihre Anonymität streng zu wahren.

Durch die Möglichkeit, die Therapien innerhalb einer wissenschaftlichen Forschungsarbeit durchzuführen, können die Kosten sehr niedrig gehalten werden. Der Gesamtpreis für alle 12 Therapien beträgt 250,-- DM.

(In Ausnahmefällen läßt sich eine Sonderregelung treffen. Bitte wenden Sie sich in diesem Fall auch an die unten genannte Kontaktadresse.)

WAS MÜSSEN SIE NUN TUN? WENN SIE SICH ZUR THERAPIE ANMELDEN MÖCHTEN?

Wenn Sie sich dazu entschlossen haben, diese Partnertherapie bei uns mitzumachen, so melden Sie sich bitte so bald wie möglich schriftlich oder telefonisch an bei: Dipl.-Psych. Cilly Schwerdt, 44 Münster, Rektoratsweg 123, Tel.: 211583.

Falls Sie noch Rückfragen zum Inhalt dieses Informationsblattes oder andere Fragen irgendwelcher Art haben, wenden Sie sich bitte ebenfalls an diese Kontaktadresse.

Wenn Sie sich angemeldet haben, werden Sie von Ihren Therapeuten dann angeschrieben und über alles Weitere, wie genaue Termine, Ort u. ä., informiert.

Als Therapeuten arbeiten mit:

Ulrike Brand, Marion Froitzheim, Wilfried Hasselberg,
Gunhild Henneke, Hubert Huylmanns, Werner Köster, Gabi
Landgraf, Monika Nentwig, Rudolf Oberdorfer, Rainer Opitz,
Edith Reimann, Rüdiger Runge, Christiane Seebaß,
Dieter Wentzek.

Westfälische Wilhelms-Universität
Psychologisches Institut
Abteilung für Klinische Psychologie

44 Münster (Westf.), den
Rosenstraße 9
Telefon Durchwahl (0251) 490
Briefanschrift: Schlaunstraße 2

Prof. Dr. H. Bornert
Dipl.-Psych. C. Schwerdt

ERKLÄRUNG ZUR TEILNAHME AN DER PARTNERTHERAPIE

Wir sind mit folgenden Bedingungen einverstanden:

1. Wir werden regelmäßig an den 12 Therapiesitzungen teilnehmen (einmal pro Woche, jeweils 90 Minuten lang).
Falls wir einmal durch Krankheit o. ä. verhindert sind, an einer Therapiesitzung teilzunehmen, wird die fehlende Sitzung nachgeholt.
Zu allen Therapiesitzungen kommen wir gemeinsam.
2. Wir werden beide sowohl an der Testsitzung im Anschluß an die letzte Therapiesitzung als auch an der Nachuntersuchung teilnehmen, die drei Monate nach Beendigung der Therapien stattfindet.
3. Wir geben unsere Einwilligung dazu, alle Therapiesitzungen auf Tonband aufzunehmen, unter der Voraussetzung, daß die Bänder anonym behandelt werden.
4. Falls wir die Therapie abbrechen, bekommen wir keine Kosten rückerstattet.

.....
.....

SKALEN ZUR BEURTEILUNG DES KLIENTENVERHALTENS

SELBSTEXPLORATION (SE)

Beschreibung des Merkmals

Unter "Selbstexploration" soll das Mitteilen eigener, persönlich bedeutsamer Inhalte verstanden werden.

Mit "persönlich bedeutsamen Inhalten " sind Äußerungen gemeint, die Gefühle, Erleben oder Einstellungen ausdrücken, bzw. sich auf diese beziehen.

Die Äußerungen sind von der Form : "Ich erlebe mich, dich, uns oder andere bedeutsame Dinge und Personen."

Dabei kann die persönliche Bedeutsamkeit in den einzelnen Äußerungen mehr oder weniger deutlich zum Ausdruck kommen, so daß die Äußerungen verschiedenen Stufen zuzuordnen sind.

Der Grad der Selbstexploration in den einzelnen Äußerungen variiert also, je nachdem, wie deutlich der Klient von sich, seinem Erleben, seinen Einstellungen spricht, nämlich:

Stufe 0 : gar nicht

Stufe 1 : nur undeutlich

Stufe 2 : einigermaßen deutlich

Stufe 3 : überwiegend deutlich

Stufe 4 : ausgeprägt deutlich

SELBSTEXPLORATION

(SE)

Bitte beurteilen Sie anhand der folgenden Skala das Ausmaß an SE in den Äußerungen des Klienten.

Stufe

- 0 Der Klient spricht n i c h t über persönlich bedeutsame Inhalte.
- (Er sagt nichts von sich selbst und seinem Erleben, sondern redet ausschließlich über externale Sachverhalte, stellt Fragen o. ä.)
- 1 Der Klient spricht n u r u n d e u t l i c h über persönlich bedeutsame Inhalte.
- (Persönliche Bedeutsamkeit, Einstellungen usw. gehen aus dem Inhalt nur implizit hervor, werden aber nicht als solche angesprochen.)
- 2 Der Klient spricht e i n i g e r m a ß e n d e u t l i c h über persönlich bedeutsame Inhalte.
- (Die 'Persönliche Bedeutsamkeit' wird angesprochen, z. B. durch einzelne Worte oder Formulierungen ausgedrückt.)
- 3 Der Klient spricht ü b e r w i e g e n d d e u t l i c h über persönlich bedeutsame Inhalte.
- (Er spricht die persönliche Bedeutsamkeit erkennbar aus; spricht von sich selbst, von seinem Erleben.)
- 4 Der Klient spricht a u s g e p r ä g t d e u t - l i c h über persönlich bedeutsame Inhalte.
- (Er benennt ausdrücklich die persönliche Bedeutsamkeit und spricht aus, was er diesbezüglich fühlt, erlebt, bzw. hebt die Wichtigkeit, die Bedeutung des Genannten hervor.)

Selbstexploration

Beispiele zur Ergänzung und Veranschaulichung der Stufen-
definition

Stufe 1

- Kl: Ja, also Du plauderst da wie mit einer Freundin.

Begründung: Der Kl spricht persönlich bedeutsame Inhalte nur indirekt an; er sagt nicht, was dieses Plaudern der Person (vermutlich des Partners des Kl) für ihn tatsächlich bedeutet.

- Kl: Ja sicher, das kann sie doch ab und zu mal machen.

Begründung: Der Kl spricht undeutlich über einen persönlich bedeutsamen Inhalt: Er teilt eine Einstellung mit, die jedoch als Einstellung und in ihrem Inhalt nicht direkt ausgesprochen wird.

Stufe 2

- Kl: Sicher, bewundernswert, wie Du Dich mit unserer Tochter verstehts, kann man das schon nennen.

Begründung: Ein persönlich bedeutsamer Inhalt wird teilweise angesprochen: Der Kl teilt eine Einstellung /ein Erleben ("bewundernswert") bzgl. des angesprochenen Sachverhalts mit.

- Kl: Nein, die muß 'n bißchen zu Hause sein, hier unter uns, und wir müssen uns ja auch damit beschäftigen

Begründung: Der Kl spricht teilweise persönliche bedeutsame (einstellungsbezogene) Inhalte an. Er drückt seine Einstellung z. T. durch Formulierungen wie "Nein, die muß...." und "wir müssen uns ja auch ..." aus. Durch das "wir" nimmt er hier z. B. auch Bezug zu sich selbst.

Stufe 3

- Kl: Ich bewundere das, wie Ihr Euch versteht.

Begründung: Der Kl spricht hier überwiegend deutlich einen persönlich bedeutsamen Inhalt an; er äußert sich ausdrücklich über seine Einstellung bzw. sein Erleben in bezug auf diesen Gegenstand ("ich bewundere das").

- Kl: Ja, schlecht, Zeit zum Arbeiten relativ wenig, Ja, heute morgen - bei der Kleinen hab' ich kaum Zeit zum Arbeiten. Dann kommt sie wieder an, dann soll ich dies und das. Ich bin froh, wenn ich die Hausarbeit grob dazwischen krieg, Putzen und Aufräumen und so.

Begründung: Der Kl äußert sich überwiegend deutlich über einen persönlich bedeutsamen Inhalt (sein Problem, Zeit zum Arbeiten zu finden); dieser Inhalt scheint für ihn ein relativ zentrales Problem darzustellen.

Stufe 4

- Kl: Es wäre schön, wenn ich so ein Verhältnis zu meiner Tochter haben könnte, wie sie mit Dir. Es liegt wohl an mir, wenn ich nicht so bevormundend wäre ...

Begründung: Der Kl spricht hier (gegenüber dem jeweiligen inhaltlich ähnlichen Beispiel von Stufe "1" bis "3") sehr deutlich von einem persönlich bedeutsamen Inhalt (seine Beziehung und die seiner Gesprächs-/ Ehepartnerin zu seiner Tochter); er benennt deutlich diesen Inhalt und was er diesbezüglich fühlt und erlebt; er überdenkt seinen eigenen verhaltens- oder einstellungsmäßigen Anteil am Problem ("es liegt wohl an mir, wenn ich nicht so bevormundend wäre").

- Kl: Es verletzt mich unheimlich, wenn ich von Dir so eingeschätzt werde und ich frage mich dann, was hab ich denn eigentlich verkehrt gemacht? Irgendwie macht mich das ganz kaputt. Ich brauch da auch Dein Entgegenkommen.

Begründung: Der Kl spricht ausgeprägt über persönlich bedeutsame Inhalte; er äußert gefühls-, erlebens- und einstellungsbezogene Inhalte von zentraler und tiefgehender Bedeutung (z. B. das Verletzt-sein durch die Einschätzung seitens des anderen; die Frage nach eigenen Fehlern, die Mitteilung, daß ihn das kaputt macht und daß er das Entgegenkommen des anderen braucht).

WÜNSCHE ÄUßERN

(WÜ)

Bitte beurteilen Sie anhand der folgenden Skala, in welchem Ausmaß der Klient seine Wünsche und Bedürfnisse deutlich äußert.

Stufe

- 0 Der Klient spricht n i c h t über seine Wünsche
und Bedürfnisse.

(Er verbalisiert den Partner, stellt Verständnis-
fragen usw.)
- 1 Der Klient spricht n u r u n d e u t l i c h
über seine Wünsche und Bedürfnisse.

(Der Wunsch geht aus dem Inhalt nur implizit hervor,
wird aber nicht als solcher ausgesprochen.)
- 2 Der Klient spricht e i n i g e r m a ß e n
d e u t l i c h über seine Wünsche und Bedürfnisse.

(Der Wunsch wird teilweise angesprochen, z. B. durch
einzelne Worte oder Formulierungen ausgedrückt.)
- 3 Der Klient spricht ü b e r w i e g e n d
d e u t l i c h über seine Wünsche und Bedürfnisse.

(Er spricht den Wunsch erkennbar als seinen eigenen
aus.)
- 4 Der Klient spricht a u s g e p r ä g t d e u t -
l i c h über seine Wünsche und Bedürfnisse.

(Er benennt den Wunsch deutlich und formuliert ihn
ausdrücklich als seinen eigenen.)

Wünsche äußern

Beispiele zur Ergänzung und Veranschaulichung der Stufen-
definitionen

Stufe 1

- Kl: Wie Du mit unserer Tochter plauderst - beneidenswert!

Begründung: Der Klient spricht nur undeutlich über einen Wunsch / ein Bedürfnis: aus der Äußerung geht jedoch indirekt hervor, daß er auch gern so mit der Tochter plaudern würde (oder auch gern so ein Verhältnis zu ihr hätte) wie seine Frau.

- Kl: Oh, ja! Sollen wir nicht nächstes Wochenende zusammen was unternehmen?

Begründung: Der Klient spricht nur undeutlich über einen Wunsch. Lediglich in der Art des Fragens kommt sein Wunsch zum Ausdruck, am Wochenende gemeinsam etwas zu unternehmen.

Stufe 2

- Kl: Also wie Du mit unserer Tochter klarkommst, das könnte man sich schon wünschen.

Begründung: Der Klient spricht einigermaßen deutlich über seinen Wunsch / sein Bedürfnis: den Wunsch, so mit der Tochter auszukommen wie seine Frau. Der Wunsch wird aber nicht klar als eigener ausgesprochen, sondern als etwas allgemein erstrebenswertes ("man könnte") dargestellt.

- Kl: Eh' Du das Band weggibst, muß ich das selbst noch mal hören.

Begründung: Der Klient spricht einigermaßen deutlich über seinen Wunsch, das Band noch mal zu hören. Die Formulierung ("ich muß ... hören") bringt den Wunsch an den Partner zum Ausdruck.

Stufe 3

- Kl: Siehste, so wie Du jetzt mit unserer Tochter klar-kommst, das wollt' ich auch schon immer!

Begründung: Der Klient spricht überwiegend deutlich einen Wunsch/Bedürfnis aus. Er sagt klarer als in Stufe 2, daß es sein Wunsch ist, so eine Beziehung zu seiner Tochter zu haben wie seine Frau.

- Kl: Das Kind ausm' Haus geben, ne', das möchte ich auch nicht, dafür ist se noch zu klein, die soll mal hierbleiben.

Begründung: Der Klient spricht überwiegend deutlich über einen Wunsch / ein Bedürfnis: Er möchte das Kind nicht aus dem Haus geben, sondern es zu Haus behalten.

Stufe 4

- Kl: Ich glaub', im Grunde wünsch ich mir so ein gutes Verhältnis zu unserer Tochter wie Du; und irgendwie erhoff' ich mir da Deine Hilfe ...

Begründung: Der Klient spricht ausgeprägt deutlich über seine Wünsche/Bedürfnisse: den Wunsch nach einem positiven Verhältnis zu der Tochter und den Wunsch, daß seine Frau ihn dabei unterstützt.

VERBALISIERUNG EMOTIONALER ERLEBNISINHALTE (VEE)

Beschreibung des Merkmals

Unter "Verbalisierung" soll das Aufgreifen von direkten oder indirekten persönlich bedeutsamen Mitteilungen des Partners verstanden werden.

Damit ist gemeint, daß der Klient Gefühls- Einstellungs- und Erlebnisinhalte verbalisiert, die den anderen mehr oder weniger beschäftigen, d.h., die für diesen mehr oder weniger wesentlich sind.

Persönlich bedeutsame Inhalte werden also solche Inhalte genannt, die gefühls- einstellungs-, erlebensbezogen sind.
- Im weiteren kurz Erlebnisinhalte genannt.

Die Verbalisierungen können sich auf direkt geäußerte, d.h. explizit verbal geäußerte Erlebnisinhalte beziehen, sowie auf indirekt geäußerte, d. h. implizit z. B. nonverbal (durch Mimik, Gestik) oder durch Tonfall u.ä. geäußerte Erlebnisinhalte.

Die Erlebnisinhalte des Partners müssen nicht nur seine eigene Person betreffen, sondern können sich auch auf den Partner, die Beziehung oder andere bedeutsame Dinge oder Personen beziehen.

Die angesprochenen Erlebnisinhalte können im Grad ihrer Bedeutsamkeit schwanken, d.h., es können bei der Verbalisierung mehr oder weniger "wesentliche" Erlebnisinhalte getroffen werden, so daß die Äußerungen verschiedenen Stufen zuzuordnen sind.

"Wesentlich" sind solche Erlebnisinhalte, die den Partner momentan stark beschäftigen bzw. in seinem Erleben im Vordergrund stehen und/oder deren Klärung ihm vermutlich ein befriedigendes Umgehen mit seinen Problemen ermöglicht.

Die erlebnisverbalisierenden Äußerungen können also variieren in dem Ausmaß, in dem wesentliche Inhalte getroffen werden, nämlich:

- Stufe 0: verbalisiert keine Erlebnisinhalte
- Stufe 1: nur unwesentliche Erlebnisinhalte
- Stufe 2: einen Teil der wesentlichen Erlebnisinhalte
- Stufe 3: den überwiegenden Teil der wesentlichen Erlebnisinhalte
- Stufe 4: vollständig die wesentlichen Erlebnisinhalte

VERBALISIERUNG EMOTIONALER ERLEBNISINHALTE (VEE)

Bitte beurteilen Sie anhand der folgenden Skala, in welchem Ausmaß der Klient persönlich bedeutsame Mitteilungen seines Partners aufgreift

Stufe

- | | |
|---|--|
| 0 | Der Klient verbalisiert k e i n e Erlebnisinhalte, die der Partner mitteilt |
| 1 | Der Klient verbalisiert nur u n w e s e n t - l i c h e Erlebnisinhalte, die der Partner mitteilt |
| 2 | Der Klient verbalisiert e i n e n T e i l der wesentlichen Erlebnisinhalte, die der Partner mitteilt |
| 3 | Der Klient verbalisiert den ü b e r w i e - g e n d e n T e i l der wesentlichen Erlebnisinhalte, die der Partner mitteilt |
| 4 | Der Klient verbalisiert v o l l s t ä n d i g die wesentlichen Erlebnisinhalte, die der Partner mitteilt |

Verbalisierung (VEE)

Beispiele zur Ergänzung und Veranschaulichung der Stufen-
definitionen

Stufe 1

- Partner A: Es wäre schön, wenn ich so ein persönliches Verhältnis zu meiner Tochter haben könnte, wie sie mit Dir. - Es liegt wohl an mir, wenn ich nicht so bevormundend wäre ...
- B: Dir gefällt das Verhältnis; Du findest das gut, wie ich mit unserer Tochter umgehe.

Begründung: Der Kl (Partner B) verbalisiert ansatzhaft einen Erlebnisinhalt, den Partner A mitteilt.

Die Äußerung ist zwar partnerbezogen und erlebnisverbalisierend ("Dir gefällt das Verhältnis", "Du findest das gut"), aber das von Partner A ausgedrückte zentralere Bedürfnis nach dem, was so eine Beziehung auch ihm geben könnte und das Erleben seines "Versagens" wird nicht angesprochen. (die doppelte Verbalisierung mit unterschiedlichen Worten macht weder aus dem einen angesprochenen Aspekt mehrere noch einen wesentlicheren).

- Partner A: Ja, jetzt mußte schon 'n Vorschlag machen, worüber wir reden wollen.
- B: Du weißt im Augenblick auch nicht, wie wir anfangen sollen?!

Begründung: Der Kl (Partner B) verbalisiert einen möglichen inneren Zustand des Partners. Offensichtlich bedeutsamere Aspekte z. B. der Wunsch, daß der andere einen Vorschlag macht bzw. das Bedürfnis (von dem Anspruch, anzufangen) entlastet zu sein, wird nicht angesprochen.

Stufe 2

- Partner A: Es wäre schön, wenn ich so ein persönliches Verhältnis zu meiner Tochter haben könnte, wie sie mit Dir. - Es liegt wohl an mir, wenn ich nicht so bevormundend wäre ...

B: Du wünschst Dir auch so ein Verhältnis.

Begründung: Der Kl (Partner B) verbalisiert einen Teil der wesentlichen Erlebnisinhalte des Partners (den Wunsch nach einem ähnlichen Verhältnis).

Was an dieser Beziehung für den Partner wichtig ist oder sein könnte, wird jedoch nicht direkt benannt ("so ein Verhältnis"). Ebenso fehlt der Aspekt des eigenen (bevormundenden) Verhaltens von Partner A, bzw. was dieses in ihm auslöst.

- Partner A: Ja, heute morgen bei der Kleinen hab ich kaum Zeit zum Arbeiten. Dann kommt se wieder an, dann soll ich dies und das. Ich bin froh, wenn ich die Hausarbeit grob dazwischen krieg, Putzen und Aufräumen und so.

B: Du wünschst Dir also mehr Zeit.

Begründung: Der Kl (Partner B) verbalisiert einen (z. T. indirekt mitgeteilten) Erlebnisinhalt ("wünschst"), der für den Partner offensichtlich wesentlich ist. Ein anderer ebenfalls bedeutsamer (widerstreitender) Inhalt, der den Partner beschäftigt, wird vernachlässigt (das Bedürfnis, die Hausarbeit "angemessen" zu erledigen bzw. die Enttäuschung darüber, daß dies nicht gelingt).

Stufe 3

- Partner A: Es wäre schön, wenn ich so ein persönliches Verhältnis zu meiner Tochter haben könnte, wie sie mit Dir. - Es liegt wohl an mir, wenn ich nicht so bevormundend wäre ...

B: Dir gefällt unser Verhältnis; Du möchtest auch so eine Beziehung zu dem Kind, nur, Du stehst Dir da selbst im Weg?

Begründung: Der Kl (Partner B) verbalisiert die wesentlichen Erlebnisinhalte umfassender als auf Stufe "2": Sowohl das Erleben/die Einstellung bzgl. der Mutter-Kind-Beziehung wie auch die Einsicht von Partner A, selbst Anteil an der (unbefriedigenden) Vater-Kind-Beziehung zu haben, wird verbalisiert. Was deutlich fehlt ist die Benennung dessen, was das bisherige Unvermögen (die Situation zu ändern) bzw. die Einsicht und die eigene Mitverantwortung bei Partner A auslöst (z. B. Enttäuschung oder Ärger).

- Partner A: Meist entsteht ja ein Streit in solch einer Situation. Aber ich konnte jetzt hier in dem Dialog sagen, ich bin sauer, nich'? Und dann sagst Du, Du bist sauer (lacht) oder so ähnlich.

B: Du meinst, dann war der ganzen Sache os die Spitze abgebrochen, und das tat Dir gut.

Begründung: Der Kl (Partner B) verbalisiert den überwiegenden Teil der teilweise nur indirekt mitgeteilten zentralen Erlebnisinhalte, die den Partner beschäftigen: Die für den Partner bedeutsame Entschärfung einer kritischen Situation und die damit verbundene Erleichterung bzw. die neue Erfahrung, daß so etwas möglich ist.

Die Erleichterung ist noch unspezifisch ausgedrückt ("das tat Dir gut").

Stufe 4

- Partner A: Es wäre schön, wenn ich so ein persönliches Verhältnis zu meiner Tochter haben könnte, wie sie mit Dir. - Es liegt wohl an mir, wenn ich nicht so bevormundend wäre ...

B: Du sehnst Dich auch nach solcher Nähe und bist enttäuscht, Dir da selbst im Wege zu stehen.

Begründung: Der Kl (Partner B) verbalisiert alle wesentlichen Erlebnisinhalte, die Partner A zu beschäftigen scheinen. Er benennt, was den Partner an der Mutter-Kind-Beziehung offensichtlich so anspricht und was er für sich vermißt ("Nähe" - vgl. "persönliches Verhältnis"). Außerdem verbalisiert er ein vom Partner nicht direkt ausgesprochenes aber zu vermutendes Erleben ("und bist enttäuscht"), das den Satz "Es liegt wohl an mir..." begleitet.

- Partner A: Und dann sagst Du, ich sei arrogant und säße auf'm hohen Roß, dabei lieg ich drunter und heule.

B: Es tut Dir unheimlich weh, daß ich Dich so sehe und nicht bemerke, wie dreckig es Dir geht.

Begründung: Die wesentlichen, den Partner beschäftigenden Erlebnisinhalte der Äußerung werden verbalisiert: Der Schmerz oder die Enttäuschung, vom Partner so gesehen zu werden, werden direkt und erlebnisnah benannt; außerdem wird der Zustand, in dem der Partner sich z. Z. erlebt, ausgedrückt.

PARTNERBEZOGENES NACHFRAGEN/KLÄREN

(N/K)

Beschreibung des Merkmals

Unter "partnerbezogenem Nachfragen/Klären" sollen solche Äußerungen verstanden werden, in denen der eine Partner in bezug auf die Probleme des anderen Partners eigene Beiträge bringt.

Mit 'eigenen Beiträgen' ist hier gemeint, daß der Klient nicht wie beim Verbalisieren versucht nachzuvollziehen, was der Partner geäußert hat, sondern ergänzend kooperativ durch eigene Meinungen, Hinweise, etc. den Partner bei der Klärung seiner Probleme unterstützt.

Die Beiträge können in Form von Fragen (Informationssuche, um den Partner besser zu verstehen), Vorschlägen, Hinweisen, Angebote (z. B. etwas für den anderen zu tun) gemacht werden.

Diese Beiträge des Klienten können im Grad ihrer unterstützenden Funktion für den Partner schwanken, d.h. es können mehr oder weniger 'wesentliche' Aspekte zur Klärung der Probleme des Partners angesprochen werden.

'Wesentlich' sind solche Aspekte, die den Partner stark beschäftigen, die für ihn im Vordergrund stehen, die zur Klärung der Problematik beitragen.

Diese Beiträge des Nachfragens und Klärens können also variieren in dem Ausmaß, in dem wesentliche Aspekte aufgegriffen werden, nämlich

Stufe 0: greift gar keine Aspekte auf

Stufe 1: nur unwesentliche Aspekte

Stufe 2: einen Teil der wesentlichen Aspekte

Stufe 3: den überwiegenden Teil der wesentlichen Aspekte

Stufe 4: vollständig die wesentlichen Aspekte

PARTNERBEZOGENES NACHFRAGEN/KLÄREN (N/K)

Bitte beurteilen Sie anhand der folgenden Skala in welchem Ausmaß der Klient durch eigene Beiträge in Form von Fragen, Vorschlägen, etc. wesentliche Aspekte aufgreift, die der Partner geäußert hat.

Stufe

- | | |
|---|--|
| 0 | Der Klient greift k e i n e Aspekte zur Klärung der Probleme des Partners auf |
| 1 | Der Klient greift durch eigene Beiträge in Form von Fragen, Vorschlägen, etc. n u r u n w e s e n t l i c h e Aspekte zur Klärung der Probleme des Partners auf |
| 2 | Der Klient greift durch eigene Beiträge in Form von Fragen, Vorschlägen, etc. e i n e n T e i l der wesentlichen Aspekte zur Klärung der Probleme des Partners auf |
| 3 | Der Klient greift durch eigene Beiträge in Form von Fragen, Vorschlägen, etc. den ü b e r w i e g e n d e n T e i l der wesentlichen Aspekte zur Klärung der Probleme des Partners auf |
| 4 | Der Klient greift durch eigene Beiträge in Form von Fragen, Vorschlägen, etc. v o l l - s t ä n d i g die wesentlichen Aspekte zur Klärung der Probleme des Partners auf |

Partnerbezogenes Nachfragen/Klären'

Beispiele zur Ergänzung und Veranschaulichung der Stufen-
definitionen

Stufe 1

- Partner A: Also abends, nach Feierabend, da weiß ich mit mir einfach nichts anzufangen; da häng ich nur rum, sieh in die Fernsehröhre oder hau mich ins Bett.

- Partner B: Geh doch ins Kino!

Begründung: Der Klient (Partner B) berücksichtigt mit seinem Vorschlag nur einen unwichtigen Aspekt der Situation des Partners.

Er geht nur auf die Klage ein, daß dieser nichts mit sich anzufangen weiß und bietet eine weitere Möglichkeit, sich zu zerstreuen, anstatt auf die grundsätzlichere Unzufriedenheit einzugehen, die der Partner (A) andeutet.

- Partner A: Also vor der neuen Arbeitsstelle, da hab ich schleckliche Angst!

- Partner B: Das legt sich aber wieder.

Begründung: Die Tröstung (der Gedanke, das lege sich wieder) greift in der augenblicklichen Situation von A offensichtlich einen unwichtigen Aspekt heraus, nämlich, daß es mit der Zeit schon besser werden wird, geht aber nicht auf die momentane Angst des Klienten ein, die im Vordergrund steht.

Stufe 2

- Partner A: Also abends, nach Feierabend, da weiß ich mit mir einfach nichts anzufangen; da häng ich nur rum, sieh in die Fernsehröhre oder hau mich ins Bett.

- Partner B: Sollen wir denn heute mal ins Kino, oder willst Du Dich lieber ausruhen?

Begründung: Der Klient (B) bietet mit seiner Alternative zwei Lösungsansätze, die einen der wesentlichen Aspekte des Problems (die Ermüdung und die in dieser Situation mangelnde Kreativität) berücksichtigen.

- Partner A: Ich find' das unmöglich, daß Du den Wagen allein gekauft hast!
- B: Ich schlag vor, daß wir heute abend in Ruhe darüber reden.

Begründung: Mit seinem Vorschlag dient B der Klärung des Problems, indem er seine Bereitschaft bekundet, sich dem Problem des Partners zu stellen und dies, wenn beide Zeit dazu haben, zu besprechen (Dies ist unter anderem ein wesentlicher Aspekt bei der Problemlösung).

Stufe 3

- Partner A: Also abends, nach Feierabend, da weiß ich mit mir einfach nichts anzufangen; da häng' ich nur rum, sieh in die Fernsehröhre oder hau mich ins Bett.
- B: Ich frag mich, ob Du nicht 'n bißchen Abwechslung brauchst. Wäre Kino oder Theater nichts für Dich?

Begründung: Er berücksichtigt einen klärenden, wichtigen Aspekt (fragt, ob der Partner Abwechslung braucht) und nennt dann Lösungsansätze (Kino, Theater).

- Partner A: Da gibts einfach keine Lösung für dies Problem.
- B: Vielleicht hast Du nicht genügend Abstand und siehst vor lauter Bäumen den Wald nicht mehr.

Begründung: Er berücksichtigt mehrere wichtige, klärende Aspekte: Den Gedanken, der Partner habe vielleicht nicht genug Abstand zu dem Problem und den daraus resultierenden Effekt, daß ihm die Lösung dadurch verstellt sein kann ("siehst vor lauter Bäumen den Wald nicht mehr").

(Es ist nicht klar, ob bereits alle wichtigen Aspekte berücksichtigt sind. Geht man davon aus, tendiert die Äußerung in Richtung Stufe "4").

Stufe 4

- Partner A: Also abends, nach Feierabend, da weiß ich mit mir einfach nichts anzufangen; da häng' ich nur rum, sieh in die Fernsehröhre oder hau mich ins Bett.
- B: Du bist abends zu schlapp und müde um kreativ zu sein. Ich glaube, Du brauchst mal 'n bißchen Abwechslung. Wäre Kino nichts für Dich? - Vielleicht könnte ich Dir auch mal den Einkauf abnehmen, damit Du nicht immer so kaputt bist.

Begründung: Klient B berücksichtigt alle wichtigen Aspekte zur Klärung des Problems: Die Ermüdung des Partners und die korrespondierende mangelnde Kreativität. Er macht Lösungsvorschläge: einmal die Möglichkeit zur Abwechslung durch Kinobesuch und dann die Möglichkeit, die Ermüdung zu reduzieren dadurch daß der Klient selbst seinem Partner einen Teil der Arbeit abnimmt.

- Partner A: Mit der Kleinen das nervt mich auch langsam; ich kann keine Hausarbeiten machen, wenn die zu Hause ist, weil sie sonst zu Dir rennt und Dich bei der Arbeit stört.
- B: Weißte wo der Haken darin besteht? Wenn Du mit der Kleinen allein zu Hause bist, dann geht das auch ganz gut. Aber wenn ich im Arbeitszimmer sitz und Du machst dann Hausarbeiten, ohne die Kleine währenddessen interessant zu beschäftigen, dann rennt die natürlich nach mir hin und Du mußt immer hinterher rufen

Begründung: Partner B greift vollständig die wesentlichen Aspekte zur Klärung des Problems auf. Er macht A darauf aufmerksam, daß das Problem für ihn nicht besteht, wenn dieser mit dem Kind alleine ist. Ein weiterer wichtiger Aspekt und zugleich Lösungsansatz ist der Vorschlag, das Kind interessant zu beschäftigen.

Beschreibung des Merkmals

Unter "Metakommunikation" sollen Äußerungen verstanden werden, die eine ausdrückliche und absichtliche Mitteilung über Wahrnehmen und Beurteilen der ablaufenden (oder abgelaufenen) Kommunikation darstellen.

Mit 'ablaufender Kommunikation' ist folgendes beobachtbares Verhalten gemeint:

- die zwischen den Klienten in der Therapiesituation stattfindenden Kommunikationsabläufe,
- die zwischen den Klienten außerhalb der Therapiesituation ablaufende Kommunikation,
- die zwischen Klienten und Therapeuten stattfindenden Kommunikationsabläufe (z. B. ein Klient redet nur mit den Therapeuten, aber nicht mit dem Partner, etc.).

Es können also formale (z. B. Lautstärke, Schweigen), inhaltliche (im Kreise herumdrehen bei Streit, gegenseitige Vorwürfe) und soziale (z. B. 'wer redet mit wem') Aspekte der Kommunikation aufgegriffen werden.

Dabei können die angesprochenen Aspekte mehr oder weniger verhaltensnah beschrieben werden.

So variiert der Grad der Metakommunikation, je nachdem wie verhaltensnah der Klient über die Kommunikation spricht, nämlich

- Stufe 0 : gar nicht
- Stufe 1 : verhaltensfern
- Stufe 2 : einigermaßen verhaltensnah
- Stufe 3 : überwiegend verhaltensnah
- Stufe 4 : ausgeprägt verhaltensnah

METAKOMMUNIKATION

(MK)

Bitte beurteilen Sie anhand der folgenden Skala, in welchem Ausmaß der Klient metakommuniziert.

Stufe

- 0 Der Klient äußert sich n i c h t über die
 ablaufende Kommunikation.

 (Er spricht über seine Gefühle, stellt Fragen o. ä.)
- 1 Der Klient äußert sich über die ablaufende Kommunika-
 tion v e r h a l t e n s f e r n .

 (Er benutzt abstrakte Beschreibungen, die die Kommuni-
 kationssituation betreffen; gibt unpräzise Zusammen-
 fassungen u. ä.)
- 2 Der Klient äußert sich e i n i g e r m a ß e n
 v e r h a l t e n s n a h über die ablaufende
 Kommunikation.

 (Er beschreibt die Kommunikationssituation, schildert
 jedoch globale Abläufe ohne konkrete Verhaltensweisen
 zu nennen.)
- 3 Der Klient äußert sich ü b e r w i e g e n d
 v e r h a l t e n s n a h über die ablaufende
 Kommunikation.

 (Er beschreibt die Kommunikation, indem er sich auf
 Verhalten bezieht, nennt es jedoch unpräzise.)
- 4 Der Klient äußert sich a u s g e p r ä g t v e r -
 h a l t e n s n a h über die ablaufende Kommunikation.

 (Er äußert sich präzise über beobachtbares Verhalten,
 das er konkret benennt, stellt Verbindungen zwischen
 einzelnen Verhaltensweisen deutlich dar.)

Metakommunikation

Beispiele zur Ergänzung und Veranschaulichung der Stufen-
definitionen

Stufe 1

- Kl: Na ja, das Gespräch heute lief ja.

Begründung: Der Klient äußert sich anhand einer globalen Beschreibung, die auf die Kommunikationssituation bezogen werden kann. Er sagt jedoch nicht, was an dem Gespräch 'lief' und wie es 'lief', bzw. welches Verhalten er damit meint.

- Kl: Da ist so eine Unstimmigkeit zwischen uns.

Begründung: Der Klient schildert global und undifferenziert einen Zustand, der die Kommunikation betrifft, ohne sich auf Verhaltensweisen zu beziehen.

Stufe 2

- Kl: Das mit dem Unterbrechen würd' ich auch so ähnlich sehen wie Sie.

Begründung: Der Klient bezieht sich auf die Kommunikation ('Unterbrechen'), schildert jedoch global einen Ablauf ohne die Verhaltensweisen konkret zu nennen ('das mit dem ...').

- Kl: Du hast ja eben was sehr Komisches behauptet.

Begründung: Der Klient schildert bzw. beurteilt global ein Kommunikationsverhalten. Es wird dabei jedoch nicht deutlich, auf welche Verhaltensweisen im einzelnen er sich bezieht.

Stufe 3

- Kl: Du redest doch dauernd.

Begründung: Der Klient gibt eine überwiegend verhaltensnahe Beschreibung der Kommunikation seines Partners ('du redest'). Man muß jedoch annehmen, daß er verallgemeinert und generalisiert ('dauernd').

- Kl: Wir sind eigentlich gut aufeinander eingespielt. Ich mein', wir können herausfinden, was los ist. So was man meint.

Begründung: Der Klient beschreibt überwiegend verhaltensnah die Kommunikationssituation der beiden Partner ('gut eingespielt', 'herausfinden, was der andere meint').

Stufe 4

- Kl: Du redest schon sehr lange und wiederholst dabei mehrmals dasselbe, während ich hilflos dasitze und alles über mich ergehen lasse.

Begründung: Der Klient beschreibt (und beurteilt) sehr präzise und verhaltensnah das dominant-submissive Kommunikationsmuster zwischen beiden Partnern.

- Kl: Also, ob wir kongruent sind, weiß ich nicht, aber wir können uns schon verständigen, wenn wir uns zuhören. Oder wir können auch Wortspiele oder Äußerungen schnell einordnen, z. B. die Äußerung meiner Frau eben (zitiert diese), die wußte ich sofort einzuordnen.

Begründung: Der Klient beschreibt sehr deutlich und verhaltensnah (z. B. 'schnell verständigen', 'wenn wir uns zuhören', Zitat als Beleg) die Kommunikation zwischen beiden Partnern.

SKALEN ZUR BEURTEILUNG DES THERAPEUTENVERHALTENSSkala VerbalisierungErläuterungen zur Skala

Der Therapeut versucht, die innere Welt des Klienten mit ihren Bedeutungen und Gefühlen, wie etwa Furcht, Verwirrung, Freude, so wie sie der Klient erlebt, wahrzunehmen und zu verstehen, so als ob er sie selber erleben würde (jedoch ohne diese Verwirrung, Furcht oder Freude selbst zu empfinden), und kommuniziert sie dem Klienten durch angemessene Verbalisierung (teilt sie dem Klienten in angemessenem sprachlichen Ausdruck mit). Diese einführende Vergegenwärtigung und Verbalisierung bezieht sich auf diejenigen persönlich-emotionalen Erlebnisse, die der Klient in der vorhergehenden Äußerung ausdrückte, oder die mit großer Sicherheit mit seiner vorhergehenden Äußerung oder mit seinem sonstigen Ausdruck zusammenhängen (wie Lachen, Weinen).

Zur Verdeutlichung

Verbalisierung

Der Therapeut verbalisiert in genauer Form alle wesentlichen vom Klienten geäußerten persönlich-emotionalen Inhalte des Erlebens.

Nicht_Verbalisierung

Der Therapeut verbalisiert nicht die vom Klienten ausgedrückten persönlich-emotionalen Inhalte des Erlebens. Die Äußerungen bestehen etwa aus einer Belehrung, Ermahnung, Frage u. ä.

Beispiel

"Sie sind traurig."

Beispiel

"Nehmen Sie sich zusammen."

Beschreibung des Merkmals

Der Therapeut verbalisiert die persönlich-emotionalen Inhalte des Erlebens des Klienten, wie sie vom Klienten ausgedrückt werden.

Mit "persönlich-emotionalen Inhalten des Erlebens" sind gemeint: Gefühle, gefühlsmäßige Bewertungen von Ereignissen, Wünsche, Interessen, Erleben der eigenen Person und Erleben der eigenen Person in bezug auf andere Menschen.

VERBALISIERUNG EMOTIONALER ERLEBNISINHALTE

Handhabungsvorschrift für die Skalenstufen

Bitte beurteilen Sie anhand der vorliegenden Skala, in welchem Ausmaß der Therapeut die persönlich- emotionalen Erlebnisinhalte des Klienten verbalisiert.

Stufe

- 0 Der Therapeut verbalisiert k e i n e emotionalen Erlebnisinhalte, die der Klient mitteilt.
- 1 Der Therapeut verbalisiert nur u n w e s e n t - l i c h e emotionale Erlebnisinhalte, die der Klient mitteilt.
- 2 Der Therapeut verbalisiert e i n e n T e i l der wesentlichen emotionalen Erlebnisinhalte, die der Klient mitteilt.
- 3 Der Therapeut verbalisiert den ü b e r w i e g e n - d e n T e i l der wesentlichen emotionalen Erlebnisinhalte, die der Klient mitteilt.
- 4 Der Therapeut verbalisiert v o l l s t ä n d i g die wesentlichen emotioanlen Erlebnisinhalte, die der Klient mitteilt.

Erläuterungen zu den Skalenstufen

*

Im folgenden werden die einzelnen Skalenstufen noch einmal voneinander abgegrenzt und an Beispielen verdeutlicht.

Auf Stufe 0 verbalisiert der Therapeut nicht die Gefühle des Klienten, sondern seine Äußerungen sind z. B. Rat-schläge u. ä. Alle Äußerungen des Therapeuten, die keine Verbalisierungen der Gefühle des Klienten sind, werden hier eingeordnet. Auf allen übrigen Stufen verbalisiert der Therapeut die Gefühlserlebnisse des Klienten. Für die Einordnung in die Stufen 1 - 4 ist ausschlaggebend, wie sensibel der Therapeut die innere Welt des Klienten wahrnimmt und sie ihm kommuniziert. Auf Stufe 1 greift er nur ein, dazu ein unwichtiges Gefühl auf; auf Stufe 4 verbalisiert er alle wichtigen Gefühle, die der Klient geäußert hat. In Stufe 2 ist eine Äußerung einzuordnen, wenn sie deutlich besser ist als Stufe 1; in Stufe 3 ist eine Äußerung einzuordnen, wenn sie deutlich schlechter ist als Stufe 4. Der Abstand zwischen den einzelnen Stufen der Skala ist als gleichgroß zu betrachten.

Zur Verdeutlichung

Werden Gefühle verbalisiert?

nein _____ 0

ja

Werden nicht wichtige Gefühle benannt?

ja _____ 1

nein

In welchem Ausmaß werden wichtige Gefühle benannt?

teilweise _____ 2

überwiegend _____ 3

alle _____ 4

*

Entsprechende Erläuterungen erhielten die Rater auch für die übrigen Therapeutenskalen. Die Erläuterungen zur Skala VEE sind hier als Beispiel angeführt.

Beispiel I¹

Klient: "Ja ... und ich meine: wer mich nicht näher kennt, da gibt es so sehr, sehr viele, die mich eben ablehnen. - Und ich sage dann immer, inwiefern habe ich denn dazu beigetragen? Ich weiß es nicht."

Stufe 0

Therapeut: "Sie werden sich eben entsprechend verhalten."

Erläuterung

Der Klient äußert,

- wie er die Wirkung seiner Person auf andere Menschen erlebt,
- daß er nicht weiß, inwieweit sein eigenes Verhalten sein Problem verursacht.

Der Therapeut geht nicht auf die beiden dem Klienten wichtigen Gefühle ein. Er belehrt den Klienten.

Klient: "Na ja, also, er hätte weitergehen können, das hätte er sicher gekonnt, da bin ich felsenfest überzeugt. Ich wundere mich mitunter, weil er in allgemeinbildenden Fragen ... (einige Wörter unverständlich) alles Opposition in ihm ist, er läßt sich gehen. Und er glaubt wohl auch, daß er uns damit ein bißchen reizen kann. So sehen wir das. Es kann falsch sein."

Stufe 1

Therapeut: "Sie fühlen, daß er weitergehen könnte."

Erläuterung

Der Klient äußert die gefühlsmäßige Stellungnahme, daß ein nicht näher bezeichneter Mensch

- in einer Sache hätte weitergehen können,
- voller Opposition ist,
- sich gehen läßt,
- glaubt, den Klienten reizen zu können.

Außerdem meint der Klient, daß seine Ansicht von der Gegebenheit falsch sein könne. Der Therapeut greift in seiner Äußerung nur ein Gefühl des Klienten auf, das zudem für den Klienten unwichtig ist.

¹Vgl. MINSEL 1974.

Klient: "Weil ich eben immer das Empfinden habe: ja, ich ecke bei dem an, ich ecke bei allen an. Und die Frau B., ich darf ihren Namen hier ruhig sagen, nicht; Sie kennen sie sowieso nicht. Die Frau B. sagte mir: 'Ja Frä. X, es ist auch so, Sie ecken auch bei allen an.' Und meine Mutter sagte mir schon, da war ich noch viel kleiner, da sagte sie: 'Deine Schwester wird mal viel leichter durchs Leben kommen als du.' Das hat sie mir schon prophezeit. Und genauso ist es auch geworden, ganz genauso, obwohl ich mich also bestimmt nicht einfach so treiben lasse. Und dann so - ach, es ist mir wurscht, was die anderen sagen. Im Gegenteil, aber trotzdem, es gelingt mir eben nicht, bei den anderen eben in irgendwie einem netten Ansehen zu stehen."

Stufe 2

Therapeut: "Sie möchten gerne, daß die anderen Ihr Verhalten gut hinnehmen, daß sie es akzeptieren."

Erläuterung

Der Klient äußert, daß

- er das Empfinden habe, bei sehr vielen anzuecken,
- er das Gefühl habe, es aus diesen Gründen schwerer im Leben zu haben,
- obwohl er keinen Wert auf das Urteil anderer legt, er es sich wünscht, von anderen Anerkennung und Wohlwollen zu erlangen.

Der Therapeut geht nur auf die letzte Äußerung des Klienten ein und berücksichtigt nur einen Teil der dem Klienten wichtigen Gefühle.

Klient: "Zum Beispiel sind solche Gesprächspausen, die sonst - die - wenn die sonst irgendwo auftreten würden, würden die mich also entsetzlich stören. Irgendwie stört mich das hier nicht, wenn 'ne Pause eintritt, man kann nachdenken über die Dinge, und man hat nicht das Gefühl, also es muß immer etwas gesprochen werden. Ich würd' sagen, ich muß so weit kommen, daß ich ein wenig - wenn ich woanders bin - denn - ich, ich merk' das deutlich, daß allein aus dieser Furcht heraus, daß 'ne Gesprächspause oder sowas entsteht, daß da Dinge erzählt werden, die man überhaupt gar nicht verantworten kann, nicht? Daß dann also aus dieser Spannung heraus dann noch diese Unaufrichtigkeit dann kommt ... einfach aus dem Gefühl heraus, der andere, der darf's nicht merken."

Stufe 3

Therapeut: "Diese Pausen, die - die steigern ihre Angst, und die suchen Sie dann krampfhaft zu überwinden --- durch irgendein Gespräch."

Erläuterung

Der Klient äußert, daß

- ihn die Gesprächspausen außerhalb der Therapie sehr stören,
- er sich wünscht, auch in anderen Gesprächen ohne Furcht sein zu können, dauernd sprechen zu müssen,
- die Furcht und sein Bemühen, diese Furcht zu verbergen, ihn unaufrichtig sein lassen.

Der Therapeut geht auf den überwiegenden Teil der von dem Klienten geäußerten wichtigen Gefühle ein.

Klient: "Ja, genau, mhm -- ich habe nicht einmal Lust, irgendwelche Sachen zu versuchen. Ich meine, wenn ich zu einer Arbeit gehen - oder so - ich - also - habe ich das Gefühl, daß ich versagen werde. Es ist schrecklich, aber -"

Stufe 4

Therapeut: "Es kommt Ihnen so vor, als wären Sie schon geschlagen, bevor Sie anfangen, und dieses Gefühl lähmt Sie."

Erläuterung

Der Klient äußert,

- daß er keine Lust habe, irgendwelche Sachen zu versuchen,
- das Gefühl, daß er versagen wird.

Der Therapeut geht auf alle dem Klienten wichtigen Gefühle ein und bringt sie in eine sinnvolle Reihenfolge.

*

ÜBUNGSMATERIAL

Übungsmaterial zur Skala 'Verbalisierung'

Um die Therapeutenäußerungen auf der Skala einschätzen zu können, sollen Sie zunächst an schriftlichem Material üben.

Übungseinheit A

Bringen Sie die folgenden Therapeutenäußerungen in eine Rangreihe von I bis V. Schreiben Sie den jeweiligen Rangplatz in die Klammer unter jeder Äußerung, wobei Rangplatz I diejenige Äußerung erhält, die Ihrer Meinung nach am deutlichsten zeigt, daß der Therapeut nicht auf die Gefühle des Klienten eingeht. Rangplatz V erhält diejenige Äußerung, die Ihrer Meinung nach am deutlichsten zeigt, daß der Therapeut auf alle wichtigen Gefühle eingeht.

Klient: "Und dann kommt der Ärger. Dann ärgere ich mich wieder und nehm dann wieder was in Angriff. So richtig aus Trotz. Und dann hält das auch nicht lange an. Dann überleg ich mir schon wieder etwas anderes."

Therapeut: "Ja. Sie haben so den Eindruck: ich muß auf jeden Fall irgendetwas unternehmen ... was um die Ohren haben."
(RANGPLATZ:)

Klient: "Ja ... und ich meine: wer mich nicht näher kennt, da gibt es so sehr sehr viele, die mich eben ablehnen. Und ich sag dann immer, inwiefern habe ich denn dazu beigetragen? Ich weiß es nicht."

Therapeut: "Sie werden sich eben entsprechend verhalten."
(RANGPLATZ:)

Klient: "Ich müßte viel erzählen. Da ich jetzt die Gelegenheit habe, um wirklich alles zu äußern, was ich gerne möchte."

Therapeut: "Sie haben so den Eindruck: Wenn ich jetzt hier nur sitze und überlege, dann bringt mich das nicht weiter, dann ist das sinnlos."
(RANGPLATZ:)

*

Entsprechendes Übungsmaterial erhielten die Rater auch für die übrigen Skalen. Das Übungsmaterial zur Skala VEE ist hier als Beispiel angeführt.

Klient: "Eigentlich überleg ich ja vorher. Ich stell mir das so vor, daß ... daß man irgendwie einen Plan hat. Daß man sagt: Das und das fällt morgen an. Und so und so teilst du dir das ein. Und daß man auch ... oder daß ich dann auch in dem Moment wirklich dazu stehe. Daß ich den Plan dann verwirkliche und nicht erst ... ja ... also, mich selbst betrüge, indem ich sage, jetzt ziehst du etwas anderes vor oder teilst es anders ein, und mich hinterher darüber ärgere."

Therapeut: "Ja, wenn Sie sich so etwas vorstellen, dann möchten Sie das auch ganz gerne verwirklichen."
(RANGPLATZ:)

Klient: "Ich bin so angesprochen worden. Und ich hab das wirklich als ... als richtig bedrohlich empfunden, weil ich ... ich sah etwas auf mich zukommen, nämlich, daß ich jetzt reden muß. Und ..."

Therapeut: "Sie haben so den Eindruck: Ich war so voll darauf gespannt, wie ... was ich nun sagen sollte."
(RANGPLATZ:)

Bitte vergleichen Sie Ihre eigenen Rangplätze mit den genannten, und überdenken Sie noch einmal die Äußerungen, die Sie nicht übereinstimmend mit den genannten Rangplätzen einschätzten.

Die Rangplätze von I bis V entsprechen den Skalenstufen von 0 bis 4 der Einschätzungsskala.

Übungseinheit B

Bei den folgenden Äußerungen geben Sie die jeweilige Skalenstufe an. Wobei Skalenstufe 0 diejenige Äußerung erhält, die Ihrer Meinung nach am deutlichsten zeigt, daß der Therapeut nicht auf die Gefühle des Klienten eingeht, Skalenstufe 4 erhält diejenige Äußerung, die Ihrer Meinung nach am deutlichsten zeigt, daß der Therapeut auf alle wichtigen Gefühle eingeht.

Klient: "Ja, von meiner Seite ist das viel zu verkrampft. Mhm mhm ja. Jetzt ist diese Pause wieder da."

Therapeut: "Ja. Es fällt Ihnen im Moment gar nichts Richtiges ein."
(SKALENSTUFE:)

Klient: "Im Moment ist es ja so, daß ich viel zu viel ausgehe, und mich viel zu sehr ablenken lasse. Ab und zu stehe ich schon dazu. Und dann gefällt es mir auch, aber es bringt ja nichts, wenn hinterher wieder Gewissensbisse kommen. Man erlebt dann wieder eine Enttäuschung von sich."

Therapeut: "Sie haben da so die Vorstellung irgendwann, ... ja ... muß ich ja auch mal zu anderen Sachen Lust haben."
(SKALENSTUFE:)

Klient: "Ich war in den letzten drei Tagen zu Hause gewesen, bei einer Hochzeitsfeier. Und wider Erwarten, nicht wahr, als ich meine Eltern das erste Mal widersah, wunderbar. Ich konnte also wirklich drei Tage wieder gut sprechen, konnte alles sagen, was ich sagen wollte, und nicht nur mit meinen Eltern, auch mit Bekannten und so. Also es ging wieder alles wunderbar."

Therapeut: "Sie sind wieder zu Hause gewesen."
(SKALENSTUFE:)

Klient: "Ich erwarte sehr viel von mir. Und ich weiß auch, daß ich das irgendwie erreichen kann, was ich mir vornehme. Wenn ich wirklich diese Zeit so ausnutze, wie ich sie mir vorgenommen habe. Das hab' ich mir in den letzten Wochen selbst bewiesen, daß es geht, und ich hatte auch Spaß daran, daß es kein Zwang war letzten Endes."

Therapeut: "Ja. Sie haben so den Eindruck: Solche Beweise brauche ich."
(SKALENSTUFE:)

Klient: "Ich weiß nicht, ich bin so sensibel. Ich, wenn die Leute lachen oder irgendetwas tuscheln, dann beziehe ich alles auf mich. Warum eigentlich? Ich verstehe das selbst nicht."

Therapeut: "Sie haben eigentlich so den Eindruck: Irgendwie ja lehnen mich die anderen wahnsinnig ab."
(SKALENSTUFE:)

Bitte vergleichen Sie Ihre eigenen Skalenstufen mit den genannten, und überdenken Sie noch einmal die Äußerungen, die Sie nicht übereinstimmend mit den genannten Skalenstufen einschätzten.

Übungseinheit C

Versuchen Sie jetzt bitte selbst, für jede Skalenstufe zwei Äußerungen aufzuschreiben.

Bitte lesen Sie zuvor noch einmal die Beschreibung der Stufen und die Beispielaussagen für jede Skalenstufe.

Geben Sie Ihre Aussagen an ein Gruppenmitglied weiter, damit es Ihre Aussagen einschätzen kann; währenddessen schätzen Sie seine schriftlichen Aussagen ein. Von der jeweiligen Stufe abweichend eingeschätzte Aussagen diskutieren Sie bitte miteinander.

Klient: "Ja, ich möchte mich auch nicht auswechseln. Ich möchte eben ich selber sein. Ich selber ohne Hemmungen. Das würde mir schon reichen. Denn ich glaube, daß alles andere, was mich sonst noch so belastet, daß alles damit zusammenhängt."

Therapeut:

Klient: "Für mich wäre das ein sehr großer Ansporn. Und vielleicht würde ich dann auch Sicherheit finden."

Therapeut:

Klient: "Und alle anderen kleinen Probleme, wie zum Beispiel, daß ich schwer Entscheidungen treffen kann. Oder daß ich allgemein sehr unsicher bin, wenn ich eine Entscheidung treffe. Oder daß ich zum Beispiel auch Kritik schwer ertragen kann. Das meine ich. Das resultiert alles nur daraus, daß ich wirklich mich selber so sehr in Zweifel stelle."

Therapeut:

Zusätzliches Übungsblatt

- Klient: "Und nun sag ich mir für die Zukunft: Jetzt wird eben alles wieder weggearbeitet, was anfällt. Und es hat mir wirklich sehr geholfen, daß ich ... das war das letzte Mal, daß ich ... das vorletzte Mal, daß ich darüber gesprochen habe."
- Therapeut: "Ja ... Sie haben sich richtig erleichtert gefühlt, daß das weg ist."
- Klient: "Ja und das bezieht sich hauptsächlich auf die kleinen Sachen. Aber weil ich eben so sehr im Rückstand war und so sehr viel aufzuarbeiten hatte, hab ich das eben noch nicht geschickt genug angestrebt, um das Richtige in Angriff zu nehmen."
- Therapeut: "Sie sagen sich so: Gut, ich muß einfach mal einen neuen Versuch starten."
- Klient: "Ja. Einfach mehr überlegen oder durchdenken: Was ist jetzt das sinnvollere?"
- Therapeut: "Ja ... Sie wollen sich fast so eine Rangreihe von wichtigen Sachen erstellen."
- Klient: "Ja, aber das war so schrecklich, hinterher nach Hause zu laufen und festzustellen, daß das schier unmöglich ist, in dieser Zeit einen Bericht zu schreiben, und dann mußte ich ja schließlich doch beichten."
- Therapeut: "Ja ... Sie sagten sich so: Mensch, vielleicht besteht für mich noch eine Chance."
- Klient: "In dem Moment hab ich das gedacht, bevor ich's ausgesprochen hatte. Aber ... und gleich hinterher wurde mir klar, daß das völlig wahnwitzig war."
- Therapeut: "Mh ... Sie haben so den Eindruck: Mensch, manchmal komme ich da einfach nicht raus aus meiner Haut."
- Klient: "Ja, das kann ich oft genug nicht. Es ist auch in dieser Woche nicht vorgekommen, daß ich ... habe mal wieder irgendeinen Beitrag leisten können."
- Therapeut: "Mh ... Ja ... Sie sind so auf der ganzen Linie eigentlich von sich enttäuscht."
- Klient: "Ja. Diese Steigerung muß so weit gehen, daß ich wirklich ganz hemmungslos an Diskussionen teilnehmen kann."
- Therapeut: "Ja. Sie möchten so einfach alles das bringen, was Ihnen so im Kopf vorschwebt."
- Klient: "Und so weit bin ich ja im Moment noch nicht."
- Therapeut: "Ja. Auf der einen Seite sind Sie eigentlich ganz froh, daß das schon so in Ansätzen da ist."

- Klient: "Ja ... Und ich bin im Moment so optimistisch, daß es auch noch weitergeht."
- Therapeut: "Ja. Wenn Sie sich das so vorstellen, dann ... ja ... glauben Sie, daß das einfach so weitergehen muß."
- Klient: "Wenn ich in der nächsten Woche noch mal so viel leiste, ich find im Moment kein anderes Wort. Dies 'leisten' hört sich wirklich so schrecklich an."
- Therapeut: "Irgendwie schämen Sie sich fast so etwas dabei."
- Klient: "Das gelingt mir ganz schwer."
- Therapeut: "Ja. Sie fühlen sich jetzt so unter dem ... fast dem Druck, er will etwas von mir hören."
- Klient: "Ja. Das empfinde ich so. Andererseits ist es auch so, daß ich mich selbst unter Druck stelle."
- Therapeut: "Ja. Sie sagen sich so, eigentlich könnte ich hier ganz ruhig sein."

METAKOMMUNIKATION

Handhabungsvorschrift für die Skalenstufen

Bitte beurteilen Sie anhand der folgenden Skala, in welchem Ausmaß der Therapeut metakommuniziert.

Stufe

- 0 Der Therapeut äußert sich n i c h t über die ablaufende Kommunikation.
(Er äußert sich z.B. über die Gefühle der Klienten, stellt Fragen, o.ä.)
- 1 Der Therapeut äußert sich über die ablaufende Kommunikation v e r h a l t e n s f e r n.
(Er benutzt abstrakte Beschreibungen, die die Kommunikationssituation betreffen, gibt unpräzise Zusammenfassungen, u.ä.)
- 2 Der Therapeut äußert sich e i n i g e r m a ß e n v e r h a l t e n s n a h über die ablaufende Kommunikation.
(Er beschreibt die Kommunikationssituation, schildert jedoch globale Abläufe ohne konkrete Verhaltensweisen zu nennen.)
- 3 Der Therapeut äußert sich ü b e r w i e g e n d v e r h a l t e n s n a h über die ablaufende Kommunikation.
(Er beschreibt die Kommunikation, indem er sich auf Verhalten bezieht, nennt es jedoch unpräzise.)
- 4 Der Therapeut äußert sich a u s g e p r ä g t v e r h a l t e n s n a h über die ablaufende Kommunikation.
(Er äußert sich präzise über beobachtbares Verhalten, das er konkret benennt, stellt Verbindungen zwischen einzelnen Verhaltensweisen deutlich dar.)

ORGANISIERUNG

Handhabungsvorschrift für die Skalenstufen

Bitte beurteilen Sie anhand der vorliegenden Skala, in welchem Ausmaß der Therapeut organisiert.

Stufe

- 0 Der Therapeut organisiert n i c h t .
(Er geht z.B. auf die Gefühle der Klienten ein, er meta-kommuniziert, er interpretiert, u.ä.)
- 1 Der Therapeut organisiert u n p r ä z i s e .
(Er formuliert vage Aufforderungen, Fragen, Beispiele, die auf zahlreiche Situationen passen; gibt unpräzise Zusammenfassungen .)
- 2 Der Therapeut organisiert e i n i g e r m a ß e n p r ä z i s e .
(Er formuliert Aufforderungen, Fragen, Beispiele, gibt ZUSammenfassungen, die den Kommunikationsprozeß in eine bestimmte Richtung lenken)
- 3 Der Therapeut organisiert ü b e r w i e g e n d p r ä z i s e .
(Er formuliert Aufforderungen, Fragen, Beispiele, die sich konkret auf das Verhalten der Klienten beziehen und den Kommunikationsprozeß in eine bestimmte Richtung lenken)
- 4 Der Therapeut organisiert a u s g e p r ä g t p r ä z i s e .
(Er formuliert Aufforderungen, Fragen, Beispiele, die von den Klienten direkt in Handlung umsetzbar sind)

KLIENTENANTWORTEN ZUM NACHBEFRAGUNGSBOGEN

Erste Frage ('Veränderungen in der Beziehung zum Partner?'):

Antworten der weiblichen Klienten¹

1. Schwierigkeiten sind bewußter angegangen worden, da den Problemen in der bzw. durch die Therapie nicht ausgewichen werden konnte
1. Grenzen der Beziehung erfahren gelernt
2. besser über Wünsche und Sorgen reden können
3. besser (offener) über Probleme sprechen können; Probleme des Partners sind bewußt geworden
4. mehr Vertrauen zum Partner, sich bei ihm besser aufgehoben fühlen; Aussprache in Krisen möglich
5. Erkenntnis, daß Ehegemeinschaft nicht mehr möglich
6. Erfahrung, daß Gefühle für den Partner noch stark vorhanden; gelernt, sich besser auseinanderzusetzen
7. bewußteres Erleben der Partnerschaft; Bemühen, Probleme gemeinsam zu besprechen
8. keinen Streit mehr
9. Konflikte können nachträglich besser verstanden und aufgearbeitet werden
10. etwas mehr Problembewußtsein und besser artikulieren können; mehr Verständnis für die Situation des anderen
11. größeres Verständnis für den Partner; intensiveres Aufeinander-Eingehen; verbesserte sexuelle Beziehung
12. häufigeres Reden über die Beziehung und Probleme; auf einige Dinge aufmerksam geworden

-
- 1) Bei den weiblichen Klienten ist zweimal die Nummer 1 zu finden, da es sich bei Paar 1 um zwei Frauen handelt; dementsprechend fehlt diese Nummer bei den männlichen Klienten.
Wird in der kurzgefaßten Klientenantwort der Ausdruck 'der andere' gebraucht, dann liegt eine 'Wir'-Aussage zugrunde (Bsp.: "Wir bemühen uns jetzt mehr darum, Verständnis füreinander aufzubringen."; Abkürzung dafür: "eher Verständnis für den anderen").
Wird eine Aussage über den Partner gemacht, dann findet sich in der verkürzten Wiedergabe der Klientenantwort auch explizit (ausdrücklich!) die Formulierung 'der Partner' (Bsp.: "Ich verstehe jetzt die Situation meines Mannes."; Abkürzung: "Verständnis für die Situation des Partners").

13. Erfahrung, daß der Partner sich auch nach Gesprächen sehnt;
häufigeres Miteinander-Reden
14. Beziehung nicht verändert;
vielleicht eher fähig, negative Launen zu überwinden
15. vor allem in Konfliktsituationen bewußtes Zurückgreifen auf das in der Therapie Gelernte
16. mehr Bemühen um ein besseres Verstehen des anderen;
konträre Meinungen können auch mal beibehalten werden
17. häufigerer Versuch, miteinander zu reden
18. besseres Konfliktlösen;
mehr Bemühen, den anderen zu verstehen
19. gelassener: nicht mehr so schnell das Gefühl, angegriffen zu werden;
vom Partner werden in stärkerem Maße Gefühle verbalisiert
20. gegenseitiges Verständnis für Wünsche und Empfindungen
21. bei Problemen eher Verständnis für das Erleben des Partners
22. besseres Aufeinander-Zugehen (auch in schwierigen Bereichen);
besseres Planen der Zukunft;
besseres Verstehen und Akzeptieren des anderen
23. besseres Zuhören, besseres Verstehen des anderen
24. über Feststellung des "Status-quo" nicht hinausgekommen,
da Probleme so manifest;
Therapieform von vornherein etwas in Frage gestellt
25. Partner sieht seine Schuld am Zerbrechen der Beziehung,
von daher besseres Miteinander-Reden über seine Beweggründe;
Partner ist offener geworden

Antworten der männlichen Klienten

2. Aufeinander-Eingehen und gegenseitiges Verstehen wird versucht, fällt teilweise noch schwer
3. früheres und gezielteres Besprechen von Problemen, dadurch erheblich seltener "nur emotionsgeladene Ausbrüche";
es ist deutlicher bewußt, was voneinander gewollt wird und welche Reaktionen Aggressionen hervorrufen
4. eigenes falsches Verhalten ist bewußt geworden;
Persönlichkeit der Partnerin wird stärker akzeptiert;
mehr Verständnis für das Zärtlichkeitsbedürfnis der Partnerin;
stärkeres Vertrauen zueinander; eher Verständnis dafür, "daß der Partner nicht alles so meint, wie er es sagt"

5. falsche Vorannahmen und Erwartungen bzgl. Partnerin aufgebaut
6. besseres Reden über Probleme;
legt mehr Wert auf Durchsetzung der eigenen Wünsche;
fühlt sich freier in der Partnerbeziehung
7. Probleme sind ungefähr gleich geblieben;
in Situationen, die in der Therapie besprochen wurden,
positive Veränderungen;
Erkenntnis, daß es in der Partnerschaft weniger um die
Beseitigung von Schwierigkeiten geht, als um das Be-
mühen, mit ihnen zu leben
8. keinen Streit mehr;
ruhigeres Miteinander-Reden
9. anderes Miteinander-Umgehen vor allem in "kritischen"
Situationen;
zwar noch harte Auseinandersetzungen, aber - im nach-
hinein - mehr Verständnis für den Partner
10. bewußteres Verhalten;
eher fähig, auf die Partnerin einzugehen und Gefühle
und Bedürfnisse auszudrücken
11. besseres Problemlösen;
mehr Verständnis für den Partner;
Verbesserung der sexuellen Beziehung
12. manchmal besseres Miteinander-Reden;
eigene Einstellung zur Partnerschaft ist kritischer
und nüchterner geworden
13. es sind Wege gefunden worden, Themen anzusprechen,
die vorher eher "tabu" waren
14. eigene Bereitschaft, Verständnis zu zeigen, ist größer
geworden, daher gelöstere Atmosphäre
15. Eigenständigkeit im partnerschaftlichen Umgang kommt
stärker zum Tragen;
Selbstbehauptungswille der Partnerin scheint stärker
geworden zu sein, dadurch als "Partner" und nicht als
"Pascha" herausgefordert
16. ruhigeres Miteinander-Reden;
Meinungen müssen nicht unbedingt übereinstimmen
17. mehr Sensibilität für Veränderungen der Partnerin
und der eigenen Person;
häufigeres Reden über Probleme (weniger über gute
Sachen), oft noch Streit
18. besseres Bewältigen von Konfliktsituationen
19. eigene Bereitschaft, bei Streitigkeiten auf den Partner
einzugehen, ist größer geworden;
Bemühen, die eigenen Gefühle darzustellen, und zwar so,
daß der Partner sich nicht angegriffen fühlen muß
20. offeneres Ansprechen von schwierigen Fragen (z. B.
Beziehungen zu anderen Partnern), dadurch stärkeres
Vertrauensverhältnis, aber auch mehr Leidensdruck
21. verbisseneres Vertreten der Standpunkte

22. besseres Miteinander-Umgehen in problematischen Bereichen/Situationen; besseres Verstehen der eigenen Person und der Partnerin; bei Problemen eher ein Aufeinander-Eingehen und Finden von Lösungsansätzen
23. ruhigeres Sprechen über gemeinsame Probleme und Wünsche; häufiger der Versuch, sich in die Situation der Partnerin hineinzusetzen, trotzdem dabei Vertreten der eigenen Ansicht möglich
25. Motive des eigenen Verhaltens, das zur Trennung geführt hat, werden möglicherweise besser verstanden; allerdings Unsicherheit, ob diese Motive akzeptiert werden

Zweite Frage ('Veränderungen in der Beziehung Dritten gegenüber?'):

Angaben der weiblichen Klienten

1. Aufnahme einer Außenbeziehung durch die Sicherheit, auftretende Probleme in der Therapie besprechen zu können
1. offener, beziehungsbereiter für Dritte geworden
2. selbstbewußter; verträgt eher Kritik
3. anderen gegenüber offener geworden; jetzt eigene Bekannte und Freunde; stärkeres Nachdenken über Probleme anderer
4. Wille, mehr Verständnis für die Kinder zu zeigen; Freunden gegenüber freier und selbstbewußter
5. mit Freunden offeneres und intensiveres Reden über eigene Gefühle, Wünsche und Erwartungen (kein Verstecken der Probleme)
6. Selbstsicherheit; größere Offenheit zu anderen Leuten
7. macht sich darüber Gedanken, wie sie in ihrer Einschätzung Dritter vom Partner beurteilt wird
8. Veränderung des Verhältnisses zu den Nachbarn/Freunden des Partners
9. es gelingt, sensibler auf andere zu reagieren, Verhaltensweisen Dritter zu durchschauen und daraus Konsequenzen zu ziehen
10. ist vielleicht offener geworden in der Artikulation von Gefühlen; versucht öfter, Mißbehagen am Verhalten anderer auszudrücken
11. sicheres Auftreten

12. Sensibilisierung auch Dritten gegenüber
13. kann intensiver zuhören, ausreden lassen und überlegter Stellung nehmen
14. Notwendigkeit des Eintretens für eigene Bedürfnisse erkannt
15. in Gesprächssituationen "klickt" schneller der Gedanke ein: "Achtung! Partner ernstnehmen, richtig hinhören, nachfragen, Gefühle des anderen richtig wahrnehmen."
16. offener Gespräche mit anderen - auch über eigene Probleme
17. bewußteres Wahrnehmen, wie mit der eigenen Person geredet und umgegangen wird
21. aufmerksamer geworden;
22. Wichtigkeit der Ablösung vom Elternhaus ist deutlich geworden;
selbstsicheres Auftreten gegenüber der Mutter möglich
23. frei geworden
24. in der Mitte der Therapie entspannteres Zusammensein mit dem Partner; Auswirkung der entspannten Haltung auf das Zusammensein mit anderen Menschen
25. vorsichtiger und verständnisvoller im Gespräch über den Partner

Angaben der männlichen Klienten

3. langsam wieder mehr Selbstwertgefühl;
kann dadurch anderen leichter gegenüber treten und "schon wieder einigermaßen zuhören"
4. mehr Sensibilität für Kommunikationsstörungen zwischen Dritten;
bemerkt eher, wenn er anderen ins Wort fällt;
stärkeres Bewußtsein für "kommunikative Schwächen" gegenüber Dritten (vor allem gegenüber den Kindern)
5. da nicht mehr so "egozentrisch", offener für die kritische Stellungnahme anderer
6. eher Kontakt zu anderen;
freundlicher zu anderen Leuten
8. eigene seelische Belastung nicht mehr so sichtbar für andere
9. wenig Veränderung, da Probleme eher partnerspezifisch und nicht so sehr bezogen auf den Umgang mit Dritten
10. anderen gegenüber eher Artikulation von Bedürfnissen und deren Durchsetzung
11. besseres, intensiveres Eingehen auf den anderen ("aktives Zuhören");
besseres Artikulieren des eigenen Standpunktes

12. eventuell etwas aufgeschlossener ("?")
13. Bemühen um etwas mehr Verständnis für andere
15. traut sich eher, Dritten vertrauensvoller aber auch bestimmter zu begegnen; diese neue Verhaltensweise wirkt ansteckend auf den Partner wie auch auf andere Menschen
16. versucht mit Dritten intensiver zu reden - auch über die Beziehung zum Partner
17. größere Empfindlichkeit gegenüber den Anliegen Dritter; fühlt sich z. T. in der Kindergruppe unwohl, da ihm in der Therapie besprochene Fehler dort auffallen
19. verstärktes Eingehen auf Gefühle Dritter
21. sieht die Probleme in den Beziehungen anderer
25. versucht, das "Versteckspiel der Gefühle" aufzugeben und deutlicher seine Empfindungen mitzuteilen

Dritte Frage ('Sonstige Veränderungen, z. B. die Ihr persönliches Befinden betreffen o. ä.?'):

Weibliche Klienten

1. stärkere Unabhängigkeit in der Beziehung zur Partnerin, daher mehr Gefühle der Eigenständigkeit/Selbständigkeit/ Aktivität
1. stärkere Identität
3. häufiger niedergeschlagen, da - bedingt durch die veränderte Lage - das Gefühl besteht, Probleme nicht lösen zu können; stärkere Motivation zum Studium
4. früher Lithium-Patient, da Depressionen; momentan noch labil (wahrscheinlich wegen Arbeitslosigkeit), aber Bewußtsein, daß der Partner eine wichtige Rolle spielt
5. totaler Erschöpfungszustand wegen physischer und psychischer Belastung durch die Therapie
7. weniger Streit
8. bewahrt mehr Fassung
9. keine wesentliche Veränderung des persönlichen Befindens
10. bewußteres Wahrnehmen von Gesprächsabläufen
11. größere Ausgeglichenheit
13. häufiger das Bedürfnis nach Gesprächen (insbesondere um Probleme zu lösen)
15. "insgesamt blieb alles noch in den Anfängen stecken", darüber traurig

17. in letzter Zeit öfter der Versuch, mit dem Partner zu sprechen
22. größere Selbstsicherheit, eigene Wünsche und Bedürfnisse zu erkennen
23. stärkeres Selbstvertrauen; nicht mehr so empfindlich
25. häufiger fröhlich; "kann teilweise vergessen"

Männliche Klienten

3. etwas mehr Spaß am Studium
5. psychisch stärker ausgeglichen;
wachsende Bereitschaft, richtige=notwendige Prioritäten zu setzen
9. viele Dinge erscheinen nicht mehr so ausweglos, da die Möglichkeit gesehen wird, mit dem Partner zusammen Probleme zu lösen
12. "war mal ganz gut"
13. stärkere Geborgenheit im Familienkreis
14. mehr Ausgeglichenheit und Sicherheit, daher auch überzeugtes Vertreten der eigenen Auffassung;
neigt mehr dazu, anderen Unkenntnis und Interessenlosigkeit vorzuwerfen
15. kommt mit der Neigung zum Depressiven besser zurecht
20. traurig, weil Gegensätze (z. B. im sexuellen Verhalten) stärker gesehen werden
21. oft lustlos und ohne Antrieb
22. leichteres Akzeptieren der eigenen Schwierigkeiten und Wahrnehmen von mehr Lösungsansätzen
23. nicht mehr so hilflos in Streitgesprächen;
glaubt auch, besser verstanden zu werden
25. die "Problematik der Gefühlslage" ist bewußter

Vierte Frage ('Was hätten Sie sich in bezug auf den Verlauf der Therapie anders gewünscht?'):

Weibliche Klienten

1. stärkeren eigenen Mut zum Ansprechen der Klient-Therapeut-Beziehung;
Transparentmachen der Therapieform (und etwas mehr Erklärung, weshalb gerade diese Art der Therapie hilfreich sein soll)
1. keine anderen Wünsche; es war genau richtig, konnte nicht aufzeigen, was gut war

2. stärkeres Aufgreifen von "tieferliegenden Problemen"; mehr Anleitung in Form von Vorschlägen, Übungen
3. stärkeres Hinweisen auf Fehlverhalten in der Partnerschaft;
stärkeres Aufzeigen von Lösungsmöglichkeiten für Probleme, da oft das Gefühl, daß Probleme zwar bewußt, aber dann doch nicht gemeinsam mit den Therapeuten gelöst wurden
4. mehr Motivation zu eigener Arbeit (Gesprächsübungen zu Hause); in diesem Punkt vielleicht etwas straffere Führung und Kontrolle durch die Therapeutin;
Therapie war zu kurz; Erfolg durch einige "Überstunden"
5. fühlte sich durch das 12-Stunden-Limit unter Zeitdruck, sonst alles relativ angenehm verlaufen, empfand die Gespräche als anstrengend
6. ein paar Therapiestunden mehr
7. straffere Leitung der Gespräche durch die Therapeuten; häufig zu weites Abkommen vom eigentlichen Problem und Aufhalten an Nebensächlichkeiten;
der Einstieg in die jeweilige Therapiesitzung fiel häufig schwer
8. fand die Therapie und die Therapeuten gut und sympathisch
9. längere Dauer der Therapie und damit auch eine intensivere Aufarbeitung tiefliegender Probleme
10. längere Dauer der Therapie;
stärkeres Ergründen der "Ursachen von Verhalten"
11. früheres Erkennen der "Streßsituation und Frustration"
12. längere Sitzungen, um trotz Anlaufzeit intensiveres Therapiegespräch zu erreichen;
besseres Wiederaufgreifen der in der vorhergehenden Sitzung angesprochenen Probleme
13. zu kurze Therapie
14. stärkere Führung durch die Therapeuten, Themen sollten weniger dem Zufall überlassen werden
15. gern an der Therapie teilgenommen; gerne fortgesetzt
16. bessere vorherige Erläuterung über die Art und die Ziele der Therapie
17. gemütlichere Räume; keine Zeitbegrenzung
18. konkretere Hilfe für Verhaltensänderung;
"mehr Beachtung unserer Wünsche"
19. anfangs vielleicht etwas mehr Kommunikationstraining
20. gegenseitiges Verständnis für gegenseitige Wünsche und Empfindungen
21. kann eine Veränderung an sich selbst wenig einschätzen; hatte eine höhere Erwartung
22. stärkere Berücksichtigung auch des sexuellen Bereichs innerhalb der Partnerschaftstherapie

23. Rückmeldung über die Richtigkeit der eigenen Meinung
24. eigenständig anwendbare Konfliktstrategien, die von eigenständigen Ehepaargruppen hätten übernommen und fortgeführt werden können; mehr Offenheit und Ehrlichkeit, Übungen erschienen dagegen als künstliche und manipulative Verhaltensnormen
25. Wunsch an den Partner, eindeutigeres Verhaltensweisen zu zeigen, seine Scheu abzulegen und seinen Wunsch nach Zusammensein deutlicher zu zeigen

Männliche Klienten

2. die Therapie erfaßt nur Kommunikationsprobleme, u. U. tieferliegende Gründe bei beiden Partnern können nicht berücksichtigt werden; die behandelnden Therapeuten sollten sich nicht noch selbst in einem Lernprozeß in bezug auf Partnerschaftsprobleme befinden
3. längere Dauer der Therapiesitzungen, "Warmlaufen" erst in der letzten halben Stunde der Therapie; eine Woche später kann vieles bereits wieder entfallen sein
4. manchmal im Verlauf der Therapie Wunsch, aktuelle Probleme mehr zur Sprache zu bringen; jedoch im nachhinein mit dem Verlauf zufrieden
5. fühlte sich durch die Therapie nie erschöpft, z. T. sogar erfrischt; "sonst keine Wünsche"
6. längere Dauer der Therapie
7. nicht so sehr eine therapeutisch verständnisvolle Haltung der Therapeuten, sondern mehr eine stellungnehmende; Gespräche oft an der Oberfläche, hätten "mehr und schneller auf den Kern" kommen sollen
8. nicht so häufige Unterbrechung durch die Therapeuten
9. eigentlich nichts; eventuell längere Dauer, um die Wirkung zu vergrößern
10. hätte es gut gefunden, in der Partner-Therapie mehr Möglichkeiten zu haben, sich mit sich selbst zu beschäftigen; schiebt sich jedoch selber die Schuld zu
12. "Vielleicht etwas länger jede Sitzung und mehr Sitzungen"
13. bei praktischen Übungen etwas mehr Initiative von der Partnerin; bei positiver Entwicklung einer Sitzung oft zu wenig Zeit; etwas mehr Flexibilität
14. nach der Hälfte der Therapie mehr Einsatz und Führung der Therapeuten (z. B. exemplarisches Behandeln bestimmter Probleme); sieht jedoch ein, daß es auf eine konkrete Problembewältigung nicht ankommt, ist also zufrieden!

15. zufrieden mit dem Verlauf der Therapie, genauso wie die Partnerin; Therapeuten hielten sich immer taktvoll zurück und intervenierten nur, wenn es als notwendig empfunden wurde
16. mehr persönliche Kritik und Anregung
17. oft zu unpersönliche Atmosphäre, dadurch die Schwierigkeit, über sehr tief sitzende Schwierigkeiten zu reden; dies wird als Voraussetzung gesehen, um eine wirkliche und langfristige Änderung des eigenen Verhaltens (auch der Kommunikation) zu erreichen; Therapie mußte an der Oberfläche bleiben, da äußere Bedingungen (etwa Finanzen u. ä.) "unberücksichtigt blieben, bleiben mußten"
18. mehr Initiative der Therapeuten; stärkerer Bezug zur vorangehenden Sitzung
19. vermehrtes Eingreifen der Therapeuten z. B. bei Fehlern in der Kommunikation und Anleitung zur Behebung dieser Fehler (besonders zu Anfang der Therapie)
20. a) konkretes Einüben neuer Verhaltensweisen, z. B. positives Feedback;
b) Einüben, wie Probleme besser angegangen werden können, z. B. Erkennen, Abklärung der verschiedenartigen Bedürfnisse, Diskussion von Lösungen
21. "Erwartungen sind nicht anders gewesen"
22. die eigenen bzw. gemeinsamen wesentlichen Problem-bereiche kamen zur Sprache, manchmal das Bedürfnis, etwas mehr von sich einzubringen, "aber einige wichtige Dinge von seiten der Partnerin nahmen einen (sicherlich notwendigen) breiten Raum ein
24. inzwischen "äußerstes Unbehagen an dem Konzept der Therapie", stellt sie insgesamt in Frage

Tabelle 1: Verteilung der durchgeführten Übungen auf die einzelnen Sitzungen und auf die Klienten-Paare

Klienten-Paar-Nr.	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.
1			RS/WÜ		RS							
2												
3					KD							
4			PG	PG	RS	PK	RS	GEF		PG/WÜ		
5						KD						
6			KD	KD/V		RS	V					
7			KD	PG			GEF	RS				
8				GEF		A	PG	RS	TB	RS	PG/KD	RS
9				RS	PG/GEF			G	RS	RS	K	K
10			K	GEF	RS		KD/GEF	KD	RS			
11				KD		PG						
12			WÜ/KD		RS			WÜ	PK		RS	GEF/WÜ
13				KD	KD/RS		RS		KD		GEF	WÜ
14				PG		PK		V				
15			RS	KD	PG	PK		KD	GEF		WÜ	
16			V	GEF	KD	RS	PK	RS		RS/(K)		
17			KD	KD/GEF		WÜ	RS	A/PG	PG	KD	K	K
18				RS	WÜ							
19			RS/WÜ	GEF	RS	KD	KD/V	WÜ	PG		RS/TB	
20			V									
21			WÜ	KD	GEF	KD	GEF/WÜ	KD/RS	PG		PG	RS
22				KD	RS	RS						PG
23			KD/RS	WÜ	RS	RS	RS/KD		RS	GEF		
24				PG	PG		PG				PG	
25				KD	RS			PG	PG	KD		
26							KD	KD				

RS = Rollenspiel
 KD = Kontrollierter Dialog
 PG = Partnerzentriertes Gespräch
 GEF = Mir gefällt/mich stört an Dir
 WÜ = Wünsche äußern
 PK = Partnerschaftverteilungskuchen
 K = Konfliktespräch
 V = Vermutungen äußern
 A = Aug-in-Auge-Kontakt-übung
 TB = Tonbandfeedback

Tabelle 2: Mittelwerte und Streuungen der Items des
Nachbefragungsbogens zum Therapeutentraining*

Item	Mittelwerte	Streuungen
1	1.3	0.4
2a	2.5	0.6
2b	2.7	0.5
2c	1.4	0.5
3a	-	-
3b	1.2	1.0
4a	2.4	0.9
4b	-	-
4c	-	-

* Zur inhaltlichen Bedeutung der einzelnen Items s. S. 145
(Text)

Tabelle 3: Mittelwerte und Streuungen der Items des
Nachbefragungsbogens für Klienten

Item	Mittelwerte*	Streuungen
1	2.2	0.9
2	2.3	0.7
3	2.7	0.8
4	2.5	0.8
5	2.3	1.0
6	2.2	0.4
7	2.3	0.7
8	2.4	0.9

* Die Mittelwerte beziehen sich auf eine für die statistische Auswertung umgewandelte Beantwortungsskala von 1 (= "ja genau") bis 5 (= "nein gar nicht").

Zur inhaltlichen Bedeutung der Items wird auf S.103 im Anhang verwiesen.

Tabelle 4: Häufigkeitsvergleich der fünf Klientenvariablen im Kommunikationsverhalten von weiblichen (1) und männlichen (2) Klienten im Vortest und Nachtest; t-Test, zweiseitig

Variable	Mittelwerte		Streuungen		t-Wert	sign.
	M ₁	M ₂	s ₁	s ₂		
SELBSTEXPLORATION						
Vortest	18.3	17.9	8.43	8.94	0.17	-
Nachtest	18.2	18.0	6.08	7.95	0.07	-
WÜNSCHE ÄUßERN						
Vortest	3.8	2.9	3.29	2.41	1.12	-
Nachtest	6.5	4.8	4.22	3.54	1.55	-
VEE						
Vortest	4.8	4.4	3.69	3.36	0.41	-
Nachtest	5.8	4.5	2.73	3.03	1.57	-
NACHFRAGEN/KLÄREN						
Vortest	20.4	20.7	9.66	9.69	0.12	-
Nachtest	22.6	23.9	9.78	11.72	0.42	-
METAKOMMUNIKATION						
Vortest	4.7	4.3	3.13	3.16	0.50	-
Nachtest	6.6	6.4	3.49	3.48	0.19	-

Tabelle 5: Häufigkeitsvergleich der fünf Zielbereichsvariablen im Kommunikationsverhalten von Klienten aus zwei Altersgruppen (Gruppe 1 = unter 30 Jahre, Gruppe 2 = über 30 Jahre) im Vortest und Nachtest; t-Test, zweiseitig

Variable	Mittelwerte		Streuungen		t-Wert	sign.
	M ₁	M ₂	s ₁	s ₂		
SELBSTEXPLORATION						
Vortest	18.7	17.3	9.19	7.81	0.56	-
Nachtest	19.04	16.3	6.49	7.39	1.60	-
WÜNSCHE ÄUßERN						
Vortest	3.4	3.2	3.07	2.71	0.23	-
Nachtest	5.5	5.9	4.42	3.30	0.40	-
VEE						
Vortest	4.4	5.0	2.98	4.17	0.64	-
Nachtest	5.2	5.1	2.75	3.22	0.17	-
NACHFRAGEN/KLÄREN						
Vortest	21.13	19.4	10.61	7.85	0.70	-
Nachtest	22.6	23.9	9.76	11.72	0.42	-
METAKOMMUNIKATION						
Vortest	4.7	4.1	2.79	3.62	0.65	-
Nachtest	6.1	6.8	4.21	3.00	0.60	-

Tabelle 6: Vergleich von Nachtest (2) / Follow-up (3) und Vortest (1) / Follow-up der Antworten im Kommunikationsfragebogen; WILCOXON-Test, zweiseitig

Item	NACHTEST/FOLLOW-UP			VORTEST/FOLLOW-UP		
	Mittelwerte M ₂	Mittelwerte M ₃	sign.	Mittelwerte M ₁	Mittelwerte M ₃	sign.
1	2,18	2.16	-	2.40	2.16	-
2	1.96	1.86	-	2.34	1.86	2 %
3	2.54	2.42	-	2.56	2.42	-
4	2.32	2.36	-	2.30	2.36	-
5	2.44	2.48	-	2.28	2.48	-
6	2.10	2.22	-	2.18	2.22	-
7	3.17	3.30	-	3.19	3.30	-
8	2.46	2.47	-	2.38	2.47	-
9	2.98	2.82	-	3.06	2.82	-
10	2.54	2.76	-	2.68	2.76	-
11	3.02	2.91	-	2.85	2.91	-
12	2.04	2.12	-	1.93	2.12	-
13	2.15	2.22	-	2.32	2.22	-
14	2.36	2.20	-	2.31	2.20	-
15	2.16	2.23	-	2.42	2.23	-
16	2.57	2.75	-	2.59	2.75	-
17	2.71	2.83	-	2.61	2.83	-
18	3.87	3.66	-	3.85	3.66	-
19	2.34	2.53	-	2.42	2.53	-
20	3.28	3.22	-	2.98	3.22	-
21	2.67	2.79	-	2.75	2.79	-
22	3.17	3.06	-	3.02	3.06	-

Tabelle 7: Mittelwerte und Streuungen der Items des Follow-up-Fragebogens

Item	Mittelwerte*	Streuungen
1	1.9	0.7
2a	2.4	0.8
2b	2.6	0.4
2c	3.4	0.7
3a	2.7	0.9
3b	2.3	0.7
4	1.5	0.9
5	4.2	1.0
6	4.9	0.9
7	4.6	0.6
8	1.4	0.4

* Die Mittelwerte beziehen sich auf eine für die statistische Auswertung umgewandelte Beantwortungsskala von 1 (= "ja genau") bis 5 (= "nein gar nicht").

Zur inhaltlichen Bedeutung der einzelnen Items wird auf S. 105 im Anhang verwiesen.

Tabelle 8: Häufigkeiten der Klientenäußerungen, die insgesamt den 5 Klientenvariablen zugeordnet wurden, Vergleich von Vortest/Follow-up und Nachtest/Follow-up

Zeitpunkt	Mittelwerte	Streuungen	t-Wert	sign.
Vortest/ Follow-up	42.58 48.10	20.20 19.33	1.47	-
Nachtest/ Follow-up	45.46 48.10	16.82 19.23	0.98	-

Tabelle 9: Häufigkeitsvergleich der einzelnen Variablen
im Nachtest (2) und Follow-up (3);
t-Test, zweiseitig

Variablen	Mittelwerte	t-Wert	sign.
SELBSTEXPLORATION	$M_2 = 36.20$ $M_3 = 34.13$	1.29	-
WÜNSCHE ÄÜßERN	$M_2 = 11.16$ $M_3 = 8.95$	1.99	-
VEE	$M_2 = 10.34$ $M_3 = 13.17$	1.47	-
NACHFRAGEN/KLÄREN	$M_2 = 44.49$ $M_3 = 43.68$	0.75	-
METAKOMMUNIKATION	$M_2 = 13.03$ $M_3 = 11.24$	1.27	-

Tabelle 10: Häufigkeitsvergleich der einzelnen Variablen
im Vortest (1) und Follow-up (3);
t-Test, zweiseitig

Variablen	Mittelwerte	t-Wert	sign.
SELBSTEXPLORATION	$M_1 = 36.36$ $M_3 = 34.13$	1.34	-
WÜNSCHE ÄÜßERN	$M_1 = 6.61$ $M_3 = 8.95$	1.57	-
VEE	$M_1 = 9.02$ $M_3 = 13.17$	2.04	5 %
NACHFRAGEN/KLÄREN	$M_1 = 41.17$ $M_3 = 43.68$	0.97	-
METAKOMMUNIKATION	$M_1 = 9.08$ $M_3 = 11.24$	1.14	-

Tabelle 11: Vergleich der im Nachtest (2) und Follow-up (3) erreichten Skalenwerte; t-Test, zweiseitig

Variable	Mittelwerte		t-Wert	sign.
	M ₂	M ₃		
Selbstexploration	2.08	2.15	0.94	-
Wünsche äußern	1.12	1.34	0.78	-
VEE	1.67	1.78	0.63	-
Nachfragen/Klären	2.16	2.11	0.18	-
Metakommunikation	1.54	1.42	0.35	-

Tabelle 12: Vergleich der im Vortest (1) und Follow-up (3) erreichten Skalenwerte; t-Test, zweiseitig

Variable	Mittelwerte		t-Wert	sign.
	M ₁	M ₃		
Selbstexploration	2.10	2.15	0.42	-
Wünsche äußern	1.16	1.34	0.89	-
VEE	1.53	1.78	0.94	-
Nachfragen/Klären	2.09	2.11	0.17	-
Metakommunikation	1.38	1.42	0.39	-

PARTNERSCHAFTSFRAGEBOGEN

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen allein aus!
Falls Sie mit Ihrem Partner über die Fragen bzw. die
Antworten sprechen wollen, tun Sie das bitte erst danach.
Wir möchten gerne Ihre persönliche Meinung kennenlernen.

Eine sorgfältige Beantwortung erleichtert im allgemeinen
die Klärung von Problemen. Nehmen Sie sich Zeit.

Ich habe den Fragebogen ausgefüllt am.....

Name..... Vorname..... Geb.Dat.....

Adresse.....

Telefon.....

Name des Partners..... Vorname.....

Ihr Beruf.....

verheiratet seit.....

ggf. Alter der Kinder.....

Leben Sie z. Zt. getrennt? ja / nein
wenn ja, warum?.....

.....

Wieviel Zeit verbringen Sie in der Woche durch-
schnittlich zusammen?.....

Frühere Ehen:

Alter bei der ersten Ehe..... Alter bei Ende der 1. Ehe...

Grund der Trennung.....

Wenn Sie jetzt beginnen, die Fragen zu beantworten oder Aussagen einzuschätzen, dann haben Sie in der Regel fünf Antwortmöglichkeiten. Benutzen Sie aber bitte die mittlere Antwort (unentschieden) nur dann, wenn es wirklich unvermeidbar ist - sozusagen als Ausnahme.

Sehen Sie sich bitte die folgenden neun Aussagen an und überlegen Sie, inwieweit jede einzelne Feststellung auf Ihre Beziehung im Laufe der letzten 3 Wochen zutrifft.

	ja genau	eher ja	unent- schie- den	eher nein	nein gar nicht
1. Wir haben in den letzten 3 Wochen immer weniger miteinander unternommen.	0	0	0	0	0
2. Häufiger als sonst waren wir sehr zufrieden, weil wir Gefühle miteinander geteilt haben.	0	0	0	0	0
3. Wir haben uns zunehmend mehr gestritten.	0	0	0	0	0
4. Unsere Beziehung wurde interessanter und erfreulicher.	0	0	0	0	0
5. Wir hatten immer mehr quälende Schwierigkeiten.	0	0	0	0	0
6. Wir haben uns voneinander entfernt.	0	0	0	0	0
7. Unsere Beziehung wurde enger, wärmer und befriedigender.	0	0	0	0	0
8. Nichts ist in unserer Beziehung geschehen. Wir bleiben immer auf dem gleichen Punkt stehen.	0	0	0	0	0
9. Wir sind häufiger als sonst gespannt und unfreundlich gewesen.	0	0	0	0	0

	ja genau	eher ja	unent- schie- den	eher nein	nein gar nicht
10. Sind Sie, insgesamt gesehen, glücklich in Ihrer Beziehung?	0	0	0	0	0
11. Glauben Sie, Ihr Partner ist, insgesamt gesehen, glücklich in Ihrer Beziehung?	0	0	0	0	0
12. Sind Sie zuversichtlich, Ihre Beziehung aufrecht erhalten zu können?	0	0	0	0	0
13. Glauben Sie, Ihr Partner ist zuversichtlich, die Beziehung aufrecht erhalten zu können?	0	0	0	0	0
14. Sind Sie in der mit Ihrem Partner gemeinsam verbrachten Zeit glücklich?	0	0	0	0	0
15. Denken Sie, Ihr Partner ist in der mit Ihnen gemeinsam verbrachten Zeit glücklich?	0	0	0	0	0
16. Haben Sie sich in den letzten drei Monaten in Ihrer Beziehung persönlich weiterentwickelt?	0	0	0	0	0
17. Hat sich, Ihrer Meinung nach, Ihr Partner in den letzten drei Monaten in Ihrer Beziehung persönlich weiterentwickelt?	0	0	0	0	0

Mich belasten zur Zeit folgende Probleme:

(Bitte bei jedem Problem die für Sie zutreffende Spalte ankreuzen!!!)

	ja genau	eher ja	unent- schie- den	eher nein	nein gar nicht
1. mangelndes Vertrauen zueinander	0	0	0	0	0
2. Streit mit dem Partner	0	0	0	0	0
3. Krankheit des Partners	0	0	0	0	0
4. eigene Krankheit	0	0	0	0	0
5. eigene seelische Probleme	0	0	0	0	0
6. seelische Probleme des Partners	0	0	0	0	0
7. Eigenarten des Partners	0	0	0	0	0
8. eigene Eigenarten	0	0	0	0	0
9. Untreue des Partners	0	0	0	0	0
10. eigene Sexualität	0	0	0	0	0
11. Sexualität des Partners	0	0	0	0	0
12. Freizeitgestaltung	0	0	0	0	0
13. nächster Urlaub	0	0	0	0	0
14. religiöse Fragen	0	0	0	0	0
15. Frage nach dem Sinn des Lebens	0	0	0	0	0
16. Umgang mit den Kindern	0	0	0	0	0
17. eigene Eltern	0	0	0	0	0
18. Schwiegereltern	0	0	0	0	0
19. Bekannte und Freunde	0	0	0	0	0
20. Nachbarn	0	0	0	0	0
21. Wohnverhältnisse	0	0	0	0	0
22. Geldsorgen	0	0	0	0	0
23. Regelung der Geldangelegenheiten	0	0	0	0	0
24. Hausarbeit	0	0	0	0	0
25. eigene berufliche Überbelastung	0	0	0	0	0
26. Ärger im eigenen Beruf	0	0	0	0	0
27. eigene berufliche Zukunft	0	0	0	0	0
28. Berufssituation des Partners	0	0	0	0	0

Weitere Sorgen:

1.	0	0	0	0	0
2.	0	0	0	0	0
3.	0	0	0	0	0
4.	0	0	0	0	0
5.	0	0	0	0	0
6.	0	0	0	0	0
7.	0	0	0	0	0
8.	0	0	0	0	0
9.	0	0	0	0	0
10.	0	0	0	0	0

Nennen Sie bitte fünf erfreuliche Dinge, die Ihr Partner gelegentlich tut. Verdeutlichen Sie mit Hilfe von Beispielen.

1).....
.....
.....

2).....
.....
.....

3).....
.....
.....

4).....
.....
.....

5).....
.....
.....

Dies ist mir

sehr wichtig

wichtig

nicht so
wichtig

Zu 1. _____ _____ _____

Zu 2. _____ _____ _____

Zu 3. _____ _____ _____

Zu 4. _____ _____ _____

Zu 5. _____ _____ _____

Zählen Sie bitte drei Verhaltensweisen auf, die Sie gern häufiger bei Ihrem Partner sehen möchten. Drücken Sie Ihre Wünsche so p o s i t i v und so d e u t l i c h wie möglich aus. Schreiben Sie z. B.:

O) 'Er soll mich beim Abendessen fragen: "Wie hast Du den Tag verbracht?"

(Das ist positiv und deutlich.)

nicht: 'Er soll nicht immer so geistesabwesend sein, wenn wir zusammen sind.' (Das ist negativ und ungenau.)

1).....
.....
.....

2).....
.....
.....

3).....
.....
.....

Ich wäre zufrieden, wenn er/sie sich x-mal pro Tag/Woche/Monat so verhalten würde:

Ich halte es für
sehr /wichtig/nicht so
wichtig wichtig

Zu O) 1 x am Tag

X _____

Zu 1)

Zu 2)

Zu 3)

Schreiben Sie fünf positive Dinge über sich selbst auf:

1)
.....
.....

2)
.....
.....

3)
.....
.....

4)
.....
.....

5)
.....
.....

Dies ist mir

sehr wichtig wichtig nicht so wichtig

Zu 1. _____ _____ _____

Zu 2. _____ _____ _____

Zu 3. _____ _____ _____

Zu 4. _____ _____ _____

Zu 5. _____ _____ _____

Was könnten Sie an Ihrem eigenen Verhalten ändern, um die Beziehung zu Ihrem Partner zu verbessern? Was würde sich Ihr Partner wünschen? Antworten Sie wieder p o s i t i v und ganz d e u t l i c h !

1).....
.....
.....

2).....
.....
.....

3).....
.....
.....

Mein Partner wäre zufrieden,
wenn ich mich x-mal pro Tag/
Woche/Monat so verhalten
würde:

Die Änderung fällt mir
sehr schwer schwer nicht
so
schwer

Zu 1).....

Zu 2).....

Zu 3).....

Über welche für Sie wichtigen Themen können Sie zur Zeit
mit Ihrem Partner kaum oder gar nicht sprechen?

1).....
.....
.....

2).....
.....
.....

3).....
.....
.....

4).....
.....
.....

5).....
.....
.....

Dies ist mir	sehr wichtig	wichtig	nicht so wichtig
Zu 1.	_____	_____	_____
Zu 2.	_____	_____	_____
Zu 3.	_____	_____	_____
Zu 4.	_____	_____	_____
Zu 5.	_____	_____	_____

Über welche für Sie wichtigen Themen können Sie zur Zeit mit Ihrem Partner gut sprechen?

1).....
.....
.....

2).....
.....
.....

3).....
.....
.....

4).....
.....
.....

5).....
.....
.....

Dies ist mir

sehr wichtig

wichtig

nicht so wichtig

Zu 1. _____ _____ _____

Zu 2. _____ _____ _____

Zu 3. _____ _____ _____

Zu 4. _____ _____ _____

Zu 5. _____ _____ _____

Welche Krankheiten und Beschwerden haben Sie zur Zeit?

1.....

.....

etwa seit (Datum, Ereignis):.....

verschärft seit (Datum, Ereignis):.....

zur Zeit in Behandlung bei:.....

Diese Krankheit belastet mich kaum() mittel() stark()

Diese Krankheit belastet
meinen Partner kaum() mittel() stark()

2.....

.....

etwa seit (Datum, Ereignis):.....

verschärft seit (Datum, Ereignis):.....

zur Zeit in Behandlung bei:.....

Diese Krankheit belastet mich kaum() mittel() stark()

Diese Krankheit belastet
meinen Partner kaum() mittel() stark()

3.....

.....

etwa seit (Datum, Ereignis):.....

verschärft seit (Datum, Ereignis):.....

zur Zeit in Behandlung bei:.....

Diese Krankheit belastet mich kaum() mittel() stark()

Diese Krankheit belastet
meinen Partner kaum() mittel() stark()

KOMMUNIKATIONSFRAGEBOGEN

Datum:

Name/Code

Die folgenden Fragen dienen dazu, zu erfassen, wie Sie aus Ihrer Sicht dem vorausgegangenen Gespräch mit Ihrem Partner kommuniziert haben, d. h. wie Sie miteinander gesprochen haben.

Teil A. Welchen Eindruck haben Sie von der Art der Kommunikation in dem vorausgegangenen Gespräch, d. h. zunächst darüber, wie SIE sich soeben mit Ihrem Partner unterhalten haben?

Sie haben 5 Antwortmöglichkeiten zu den einzelnen Fragen. Kreuzen Sie bitte die zutreffendste Antwort an! Benutzen Sie aber bitte die mittlere Antwort ("unentschieden") nur, wenn Sie wirklich unvermeidbar ist!

1	2	3	4	5
ja genau	eher ja	unent- schieden	eher nein	nein gar nicht

BEISPIEL:

Es kommt selten vor, daß ich mich mit meinem Partner so unterhalte.

0	0	0	0	0
---	---	---	---	---

(So angekreuzt sagen Sie also:
Nein, nicht selten, sondern es
kommt doch öfter vor!)

1. Im Verlauf des Gesprächs habe ich häufiger meinem Partner gesagt, wie mir zumute war und was ich dachte.

0	0	0	0	0
---	---	---	---	---

2. Ich habe meinem Partner meine Wünsche und Bedürfnisse mitgeteilt. (Egal, ob auf Gegenstände, auf ihn - z. B. Zärtlichkeiten - oder auf andere Personen bezogen).

0	0	0	0	0
---	---	---	---	---

3. So wie ich etwas ausdrückte, war es für meinen Partner annehmbar (z. B. ohne Vorwurf) und eindeutig (ohne Widersprüchlichkeiten).

0	0	0	0	0
---	---	---	---	---

4. Wenn ich meinem Partner sagte, was ich auf dem Herzen hatte, habe ich es direkt und sehr konkret getan.

0	0	0	0	0
---	---	---	---	---

5. Es war regelrecht eine Grundhaltung von mir, bemüht zu sein, zu verstehen, was meinen Partner beschäftigt und ihm mitzuteilen, was ich verstanden habe.

0	0	0	0	0
---	---	---	---	---

	ja genau	eher ja	unent- schieden	eher nein	nein gar nicht
6. Wenn ich meinen Partner nicht verstand, versuchte ich durch Nachfragen herauszufinden, wie er bestimmte Dinge meinte oder warum sie für ihn wichtig waren.	0	0	0	0	0
7. Es gab Momente, wo ich ihm etwas nicht sagte, das ihm galt, was ich aber wohl zu Dritten gesagt hätte/habe.	0	0	0	0	0
8. Bei auftauchenden Problemen meines Partners war ich bemüht, mit ihm gemeinsam nach einer Lösung zu suchen.	0	0	0	0	0
10. Ich habe meinem Partner öfter mitgeteilt, wie sein Verhalten bei mir ankam, d. h. wie ich es (ihn) sah und erlebte.	0	0	0	0	0
11. Wenn ich den Eindruck hatte, daß irgendetwas zwischen uns bzw. in der Kommunikation nicht stimmte oder umgekehrt positiv bemerkenswert war, habe ich ihm mitgeteilt, was mir aufgefallen ist.	0	0	0	0	0

Teil B. Welchen Eindruck haben Sie von der Art der Kommunikation in dem vorausgegangenen Gespräch, d. h. jetzt darüber, wie IHR PARTNER sich soeben mit Ihnen unterhalten hat?

1. Im Verlauf des Gespräches hat er häufiger ausgesprochen, wie ihm zumute war und was er dachte.	0	0	0	0	0
2. Er hat offen über seine Wünsche und Bedürfnisse gesprochen.	0	0	0	0	0
3. So wie er etwas ausdrückte, war es für mich annehmbar (z. B. ohne Vorwurf) und eindeutig (ohne Widersprüchlichkeiten).	0	0	0	0	0
4. Wenn mein Partner mir sagte, was er auf dem Herzen hatte, sei es positiv oder negativ, hat er es direkt und sehr konkret getan.	0	0	0	0	0

	ja genau	eher ja	unent- schieden	eher nein	nein gar nicht
--	-------------	------------	--------------------	--------------	-------------------

- | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 5. Er versuchte grundsätzlich zu verstehen, was mich beschäftigte und teilte mir mit, was er verstanden hat. | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 6. Wenn mein Partner mich nicht verstand, versuchte er durch Nachfragen herauszufinden, wie ich bestimmte Dinge meinte oder warum sie für mich wichtig waren. | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 7. Es gab Momente, wo er mir offensichtlich etwas nicht sagte, was mich betraf, was er aber wohl zu Dritten gesagt hätte. | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 8. Er war bemüht, bei meinen Problemen mit mir gemeinsam nach einer Lösung zu suchen. | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 9. Er hat mehr geredet als ich. | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 10. Er hat mir öfter mitgeteilt, wie mein Verhalten bei ihm ankam, d. h., wie er es (mich) sah und erlebte. | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 11. Wenn er offensichtlich den Eindruck hatte, daß irgend-
etwas zwischen uns bzw. in
der Kommunikation nicht stimm-
te oder umgekehrt positiv be-
merkenswert war, hat er mir
mitgeteilt, was ihm aufgefal-
len war. | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

Bitte sehen Sie noch einmal nach, ob Sie keine Frage ausgelassen haben!

VIELEN DANK FÜR IHRE MÜHE!

N A C H B E F R A G U N G S B O G E N

(ZUR PARTNERTHERAPIE) (Teil A)

Im Vergleich zu Beginn der Therapie kann ich jetzt besser:

	ja genau	eher ja	unent- schieden	eher nein	nein gar nicht
1. Meinem Partner mitteilen, wie mir zumute ist und was ich denke	0	0	0	0	0
2. meinem Partner meine Wünsche und Bedürfnisse mitteilen	0	0	0	0	0
3. mich eindeutig und für meinen Partner annehmbar (z.B. ohne Vorwurf) ausdrücken	0	0	0	0	0
4. meinem Partner direkt und konkret sagen, wenn mich etwas beschäftigt	0	0	0	0	0
5. versuchen zu verstehen, was meinen Partner beschäftigt und ihm mitteilen, was ich verstanden habe	0	0	0	0	0
6. versuchen, durch Nachfragen herauszufinden, was meinen Partner beschäftigt, wenn ich ihn nicht verstehe	0	0	0	0	0
7. meinem Partner mitteilen, wie sein Verhalten bei mir ankommt, d. h., wie ich es sehe und erlebe	0	0	0	0	0
8. meinem Partner mitteilen, wenn mir auffällt, daß irgendetwas zwischen uns (bzw. in der Kommunikation) nicht stimmt oder andererseits positiv bemerkenswert ist	0	0	0	0	0

NACHBEFRAGUNGSBOGEN

(ZUR PARTNERTHERAPIE) (Teil B)

Was hat sich (Ihrer Meinung nach) insgesamt gesehen durch die Therapie in Ihrer Beziehung zu Ihrem Partner verändert?

.....
.....
.....
.....
.....

Was hat sich (Ihrer Meinung nach) in Ihrem eigenen Verhalten Dritten gegenüber durch die Therapie verändert?

.....
.....
.....
.....
.....

Sonstige Veränderungen (z. B., die Ihr persönliches Befinden betreffen, o. ä.)

.....
.....

Was hätten Sie sich in bezug auf den Verlauf der Therapie anders gewünscht?

.....
.....
.....
.....
.....

FOLLOW-UP-FRAGEBOGEN

Name Vorname

Datum

1. Insgesamt gesehen, wieviel hat Ihnen die Therapie genützt?

sehr viel	viel	ein wenig	gar nicht
☐	☐	☐	☐

2. Hat sich durch die Therapie die Beziehung zu Ihrem Partner verbessert?

ja genau	eher ja	unentschieden	eher nein	nein gar nicht
☐	☐	☐	☐	☐

Hat sich Ihr eigenes Verhalten Dritten gegenüber zum Positiven verändert?

ja genau	eher ja	unentschieden	eher nein	nein gar nicht
☐	☐	☐	☐	☐

Hat sich Ihr persönliches Befinden gebessert?

ja genau	eher ja	unentschieden	eher nein	nein gar nicht
☐	☐	☐	☐	☐

3. Konnten Sie die konkreten Schwierigkeiten in Ihrer Beziehung, die der Grund dafür waren, daß Sie sich zur Therapie entschlossen hatten, durch die Therapie "in den Griff bekommen"?

ja genau	eher ja	unentschieden	eher nein	nein gar nicht
☐	☐	☐	☐	☐

Sind Ihnen bestimmte Schwierigkeiten in Ihrer Beziehung durch die Therapie bewußter geworden?

ja genau	eher ja	unentschieden	eher nein	nein gar nicht
☐	☐	☐	☐	☐

4. Würden Sie Bekannten, die in Partnerschwierigkeiten stecken, dazu raten, solch eine Therapie mitzumachen?

ja genau	eher ja	unentschieden	eher nein	nein gar nicht
☐	☐	☐	☐	☐

5. Sind Ihre Erwartungen in bezug auf die Therapieart erfüllt worden?

ja genau	eher ja	unentschieden	eher nein	nein gar nicht
☐	☐	☐	☐	☐

6. Hatten Sie Schwierigkeiten mit den Therapeuten (gemeint sind hier die Therapeuten als Person, nicht die Art der Therapie)?

ja genau	eher ja	unentschieden	eher nein	nein gar nicht
☐	☐	☐	☐	☐

7. Hatten Sie Schwierigkeiten mit dem Verhalten Ihres Partners in den Therapiesitzungen?

ja genau	eher ja	unentschieden	eher nein	nein gar nicht
☐	☐	☐	☐	☐

8. Fanden Sie die Anzahl von 12 Therapiesitzungen

zu wenig	gerade richtig	zu viel?
☐	☐	☐

9. Welchen Teil der gesamten Therapie empfanden Sie am hilfreichsten?

das erste Drittel (ca. 1-4 Sitzung)	das zweite Drittel (ca. 5-8 Sitzung)	das letzte Drittel (ca. 8.-12. Sitzung)
☐	☐	☐

10. An welchen Therapiekontakt können Sie sich am besten erinnern?

.....

11. Können Sie sich an eine für Sie wichtige Stelle erinnern, die Sie in der Therapie besonders weiter gebracht hat?

(Bitte kurz beschreiben)
.....
.....

12. Welche von den Kommunikationsübungen, die Sie durchgeführt haben, fanden Sie besonders gut?

.....
.....

Welche von den Kommunikationsübungen fanden Sie besonders schlecht?

.....
.....

13. Gab es seit Beendigung der Therapie bestimmte Veränderungen in Ihrer Beziehung, die für Sie von besonderer Wichtigkeit waren?

.....
.....
.....

14. Haben Sie den Eindruck, daß sich seit Beendigung der Therapie Ihre Beziehung eher noch verbessert hat?

ja genau	eher ja	unentschieden	eher nein	nein gar nicht
☐	☐	☐	☐	☐

15. Haben Sie seit Beendigung der Therapie eine andere Therapie begonnen?

ja ☐ Einzel-,	☐ Partner-	☐ Gruppentherapie
☐	☐	☐

seit

nein ☐

sich für eine andere Therapie angemeldet?

ja ☐ Einzel-,	☐ Partner-	☐ Gruppentherapie
☐	☐	☐

L e b e n s l a u f

Am 28 Januar 1947 wurde ich als Tochter des Kaufmannes Max Schwerdt und seiner Ehefrau Rachela, geb. Siegel, in Regensburg geboren.

Ab 1953 besuchte ich die Volksschule in Regensburg . Nach dreijährigem Internatsaufenthalt in der Nähe von Zürich kehrte ich nach Regensburg zurück und legte dort 1968 am Neusprachlichen Von-Müller-Gymnasium das Abitur ab.

Das Studium der Psychologie begann ich im Wintersemester 1968/69 an der Universität in Münster. In der Zeit nach dem Vordiplom (April 1971) hatte ich für drei Semester eine Tutorenstelle im Rahmen der Ausbildung in Gesprächspsychotherapie und machte 1973 die Diplom-Hauptprüfung.

Gemeinsam mit Dr.F.Mann nahm ich einen Lehrauftrag in der praktischen Schwerpunktausbildung von Studenten an der Universität Münster wahr.

